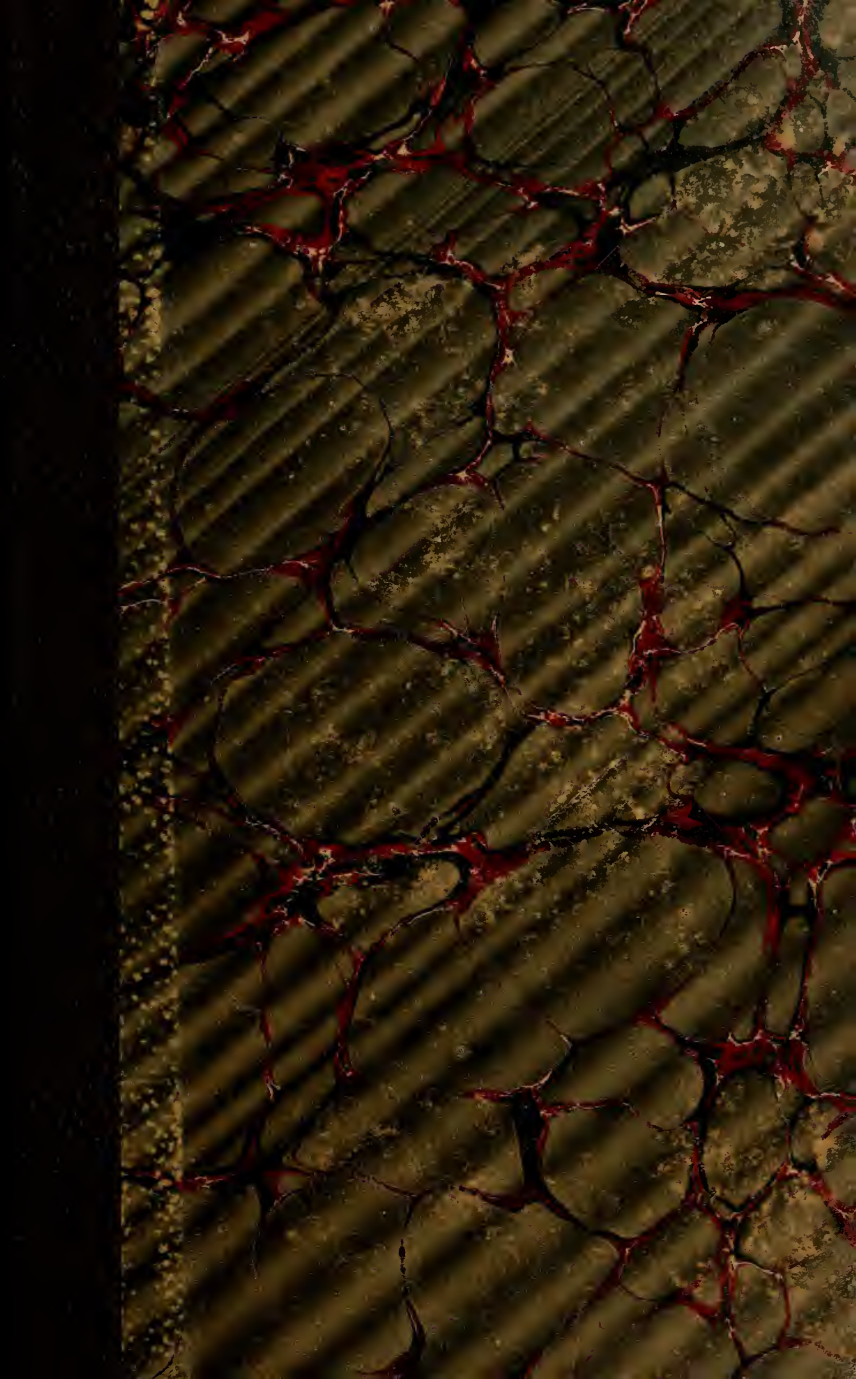




Heliotype Printing Co.

DES

TUMEURS FLUCTUANTES

DU PETIT BASSIN,

ET

DE LEUR OUVERTURE PRATIQUÉE PAR LE VAGIN;

PAR

HIPPOLYTE BOURDON,

Interne à l'Hôtel-Dieu, membre de la Société anatomique et de la Société médicale d'observation.

(*Extrait de la* Revue médicale, *cahiers de Juillet, d'Août et de Septembre* 1841.)

PARIS,

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON, 36, RUE DE VAUGIRARD.

1841.

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR RÉCAMIER,

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,
CHEVALIER DE LA LÉGION-D'HONNEUR, etc., etc.

C'est dans vos leçons, mon excellent maître, que j'ai puisé les bases fondamentales de cet opuscule; permettez-moi de vous l'offrir comme un faible témoignage de la plus vive reconnaissance.

DES

TUMEURS FLUCTUANTES

DU PETIT BASSIN,

ET DE LEUR OUVERTURE

PRATIQUÉE PAR LE VAGIN.

Malgré les progrès immenses que la séméiologie a faits depuis quelques années, le diagnostic des tumeurs du petit bassin, si fréquentes chez la femme, est encore entouré d'une grande obscurité. La situation profonde de ces affections, qui semblent se soustraire à nos moyens explorateurs, explique, jusqu'à un certain point, pourquoi leur histoire est aujourd'hui si peu avancée. On pourrait peut-être ajouter à cette cause la répugnance des malades à se soumettre aux recherches qu'il est indispensable de faire du côté de l'excavation pelvienne pour pouvoir poser un diagnostic précis.

Cependant des observations en grand nombre recueillies, pour la plupart, dans le service de M. Récamier m'ont conduit à penser, que, par le palper hypogastrique et les différents touchers combinés de certaine manière, on pouvait arriver à reconnaître exactement la position des tumeurs du petit bassin, qu'on pouvait même y constater la

fluctuation dans certains cas. Des faits positifs m'ont convaincu que le diagnostic pouvait acquérir assez de certitude pour permettre de tenter une opération qui a pour objet de donner issue au liquide contenu dans la poche, et d'obtenir l'adhésion de ses parois.

Je sais que quelques praticiens conseillent encore de livrer à elles-mêmes les tumeurs fluctuantes du petit bassin, et d'attendre leur ouverture spontanée dans une cavité muqueuse ou à la surface de la peau. Aussi je me propose de discuter cette grande question à l'article Traitement, et d'indiquer les divers cas dans lesquels il n'est pas possible d'attendre le résultat des efforts quelquefois trop lents de la nature. Je me bornerai à dire ici que, depuis longues années, M. Récamier pratique par le vagin la ponction, l'incision même des tumeurs dont il est question, et que les succès obtenus par ce praticien méritent certainement de fixer l'attention des hommes de l'art.

Le but principal de mon travail est de faire connaître ces faits intéressants et les cas analogues que j'ai trouvés dans la science. J'ai pensé devoir y joindre une histoire générale des tumeurs fluctuantes du petit bassin.

Je ne comprendrai pas dans ce mémoire les phlegmons et les abcès de la fosse iliaque si bien décrits par Dupuytren, Dance, MM. Husson, Ménière, Grisolle, etc.; je me contenterai de parler des tumeurs qui sont placées primitivement ou secondairement dans le petit bassin, au-dessus de l'aponévrose pelvienne, entre elle et le détroit supérieur du bassin, soit qu'elles dépassent cette dernière limite, soit qu'elles restent enfermées dans l'excavation pelvienne proprement dite.

Division, causes, origine. — Les tumeurs qui se rencon-

trent dans le petit bassin sont très-nombreuses, tout en ne considérant que celles qui contiennent un liquide purulent, séreux, sanguinolent, ou des hydatides. Elles se divisent, relativement au siége qu'elles affectent, en plusieurs classes bien distinctes.

Une première renferme les tumeurs qui se développent dans la cavité même du péritoine et qu'on peut appeler, pour cette raison, *intra-péritonéales.* Ce sont des collections de pus circonscrites par des fausses membranes et placées dans le fond du petit bassin, entre les organes qui y sont contenus ou sur ces organes mêmes. Ces sortes d'abcès, qui dépendent d'une péritonite partielle, s'observent le plus souvent après l'accouchement, et sont liées ordinairement à une inflammation, à une altération quelconque de l'utérus ou de ses annexes. M. Andral en rapporte plusieurs observations dans sa *Clinique médicale* (1); et M. Baudelocque, dans son ouvrage (2), insiste assez longuement sur les épanchements circonscrits dus à la péritonite chronique. Nous en avons vu nous-même, dernièrement, un cas très-remarquable (obs. V).

Dans cette classe on peut ranger les abcès résultant de l'inflammation superficielle des ovaires, tumeurs qui tendent, par leur poids, à descendre vers le vagin et le rectum, ou plutôt dans l'espace qui sépare supérieurement ces organes.

Madame Boivin (3) dit que l'ovaire tuméfié et libre d'adhérences avec les parois du bassin glisse dans le repli recto-vaginal, et qu'il se développe dans ce point en pous-

(1) Tome II, page 722 et suivantes.

(2) Traité de la péritonite puerpérale, 1830.

(3) Mémoire sur une des causes les plus fréquentes d'avortement.

sant le vagin et le col de l'utérus en avant, le rectum en arrière ; elle ajoute qu'il entraîne souvent avec lui le fond de la matrice, qui se trouve alors dans une rétroversion complète. Il me semble que les tumeurs dont parle cet auteur peuvent être placées à côté de celles qu'on appelle intra-péritonéales ; puisqu'elles sont contenues dans la cavité du péritoine, bien que développées en dehors de cette séreuse.

Dans une seconde classe se groupent toutes les tumeurs qui sont situées à l'extérieur du péritoine, dans le tissu cellulaire du petit bassin, et qu'on peut appeler *extra-péritonéales* par opposition aux précédentes. Ce sont des kystes séreux, hydatiques ou sanguins, mais plus fréquemment des foyers purulents plus ou moins bien circonscrits résultant de l'inflammation du tissu cellulaire abondant de l'excavation pelvienne. Cette inflammation reconnaît une foule de causes : tantôt des violences extérieures, des infiltrations urineuses, des grossesses extra-utérines, des opérations pratiquées sur la vessie, le vagin, l'utérus ou le rectum ; tantôt des affections aiguës ou chroniques de ces organes, etc... On voit, en effet, trop fréquemment, dans le cours d'une métrite, d'une cystite ou d'une péritonite, l'inflammation se propager au tissu cellulaire voisin. Mais ce sont, sans contredit, les accouchements qui prédisposent le plus à ces affections. En effet, il se forme bien souvent, chez les femmes récemment accouchées, des engorgements phlegmasiques dans l'excavation du bassin. Les ligaments larges en particulier sont fréquemment le siége de ces tumeurs peu connues généralement, mais que M. Récamier, au moyen de son toucher extrêmement exercé, signale depuis très-long-temps aux personnes

qui suivent ses visites à l'Hôtel-Dieu. M. Gendrin s'est aussi occupé de ces affections, et en possède presque toujours un ou plusieurs cas dans ses salles à la Pitié. M. Fichot (1), dans sa Thèse inaugurale, donne une notice sur ce sujet intéressant, et cite plusieurs observations prises dans le service de ce médecin. Pour ma part, j'en ai recueilli un grand nombre depuis deux ans; je me propose d'en faire le sujet d'un travail séparé.

L'inflammation du tissu cellulaire du ligament large peut s'étendre de proche en proche et par continuité à celui de la fosse iliaque, comme Dance en cite un cas, et comme j'ai eu occasion d'en observer plusieurs; ou bien l'inflammation marche en même temps dans ces deux régions, ainsi que l'a vu M. Vigla.

Dans tous les cas, lorsque la terminaison de ces phlegmasies se fait par suppuration, ce qui est encore assez fréquent, les collections purulentes qui en résultent rentrent évidemment dans la classe des tumeurs fluctuantes extra-péritonéales.

Les foyers de pus situés dans le tissu cellulaire du petit bassin peuvent dépendre d'un abcès formé dans les parois d'un des organes contenus, abcès, qui, au lieu de s'ouvrir du côté de la cavité du viscère, se fait jour à sa surface externe. Le pus peut provenir d'une inflammation profonde de l'ovaire terminée par suppuration; il peut procéder de la fosse iliaque et descendre dans l'épaisseur du ligament large. Enfin ces collections purulentes peuvent être symptomatiques d'une maladie de l'articulation coxo-fémorale,

---

(1) Thèse de la Faculté, 1839, n° 379.

d'une altération profonde des os du bassin, des vertèbres, etc... (1).

Dans une troisième et dernière classe on peut comprendre les tumeurs fluctuantes qui ne se développent ni dans la cavité du péritoine, ni dans le tissu cellulaire du petit bassin, mais bien dans les parois des organes que renferme cette cavité.

Chopart, Boyer (2) et d'autres chirurgiens ont observé, à la suite de cystites, des abcès placés entre les tuniques de la vessie. T. Helwig (3) dit avoir donné des soins à une femme qui, ayant reçu un coup violent sur le pubis, mourut d'un abcès de la vessie, abcès énorme qui s'ouvrit dans le péritoine, la membrane muqueuse étant restée intacte. J. Davidson (4) parle d'un abcès des parois de la vessie : la tumeur dépassait le pubis en haut et gênait l'excrétion des urines ; on l'ouvrit à l'hypogastre ; il sortit immédiatement du pus, puis le lendemain de l'urine ; le sujet fut guéri dans l'espace de six semaines. M. Duparcque (5), dans son ouvrage, rapporte plusieurs exemples de foyers purulents formés dans le parenchyme de l'utérus enflammé. Nous aurons occasion de citer plus loin deux de ces cas rares (obs. XXII et XXIII).

Symptômes. — Les signes au moyen desquels on peut reconnaître la présence d'une tumeur fluctuante dans le petit bassin sont rationnels ou physiques.

---

(1) Plusieurs observations de C. Hawkins ; *London medical Gazette*, 29 septembre 1832.

(2) Traité des maladies chirurgicales, t. IX, p. 35.

(3) Obs. physico-medicæ posthumæ.

(4) Transactions of the Society of Calcutta, vol. VII.

(5) Maladies de la matrice, vol. I, p. 227.

Les premiers, qui ne sont pas constants ou qui ne paraissent souvent qu'à une certaine époque de la maladie, peuvent néanmoins, dans quelques circonstances, jeter du jour sur la question. Par exemple : chez une femme récemment accouchée présentant depuis un temps plus ou moins long un mouvement fébrile continu avec une douleur sourde, profonde, et d'autres symptômes du côté de l'excavation pelvienne, si des frissons irréguliers et des sueurs nocturnes apparaissent, si le pouls devient souple, la douleur prenant le caractère gravatif, accompagnée d'une sensation de pesanteur dans le fond du bassin, on peut certainement penser qu'il s'établit là un point de suppuration. De même, chez un sujet qui a présenté des symptômes bien évidents de péritonite aiguë, lorsque le pouls reste fréquent, le facies altéré; quand il survient des frissons, des sueurs, de la diarrhée, un dépérissement progressif, quelques vomissements, avec une douleur persistante dans un point de l'hypogastre, on a déjà quelque raison de supposer qu'il se forme un abcès au milieu des fausses membranes du péritoine. Les signes physiques dont nous parlerons bientôt viennent ordinairement lever tous les doutes.

Si la formation des abcès dans l'excavation pelvienne détermine des troubles plus ou moins notables dans l'appareil circulatoire et quelquefois dans les fonctions digestives, il n'en est pas de même des kystes dont la présence n'est dévoilée par aucun symptôme général, à moins qu'ils ne soient assez volumineux pour gêner, irriter les organes voisins, ou qu'à l'occasion d'une cause quelconque l'inflammation ne s'empare de leurs parois, ce qui n'arrive pas ordinairement à leur origine.

Lorsque les tumeurs fluctuantes du petit bassin, quelle

que soit leur nature, commencent à acquérir un développement assez considérable, alors apparaît une série de symptômes rationnels curieux à étudier. Ils sont dus à la compression que ces tumeurs exercent sur les organes avec lesquels elles sont en rapport, dans une cavité à parois en partie osseuses, et par conséquent inextensibles dans certains sens. Ce sont : des douleurs, des tiraillements dans la partie inférieure des lombes, derrière le sacrum, dans le bas-ventre, dans les aines et les cuisses, symptômes qui se prononcent surtout dans la position verticale; quelquefois, quand la tumeur empiète sur les fosses iliaques, de l'engourdissement, un sentiment pénible dans un des membres inférieurs ou dans les deux, de la gêne dans leurs mouvements. Tous ces phénomènes pathologiques s'expliquent par la compression des nerfs, par le tiraillement, la distension des ligaments de l'utérus, etc.

Du côté des fonctions de la vessie et de son canal excréteur on observe : tantôt des envies fréquentes d'uriner, le liquide ne pouvant s'accumuler qu'en très-petite quantité dans son réservoir aplati d'arrière en avant; tantôt une rétention d'urine : on a vu des cas dans lesquels l'urine n'avait son cours à l'extérieur que lorsqu'on déprimait la tumeur (Mme Boivin, M. Laugier), d'autres même où le cathétérisme était devenu impraticable.

Si la tumeur presse sur le vagin et l'utérus, la copulation peut être gênée, l'écoulement des menstrues difficile ou impossible, par l'aplatissement du canal vaginal. Quelquefois la malade éprouve la sensation d'un corps qui tendrait à sortir par la vulve (obs. I). Dans l'état de grossesse il peut se faire que l'utérus ne se développe pas librement et convenablement, circonstance qui prédispose singulièrement à

l'avortement; ou bien, à l'époque de la parturition, la tumeur peut gêner, empêcher même l'accouchement, soit en changeant la direction normale du col de l'utérus, soit en s'opposant mécaniquement au passage de la tête du fœtus à travers le petit bassin. Parck (1), Merriman (2), Lever et Neuman ont rencontré plusieurs fois cette cause de dystocie (obs. XVII et XVIII).

Enfin, si la tumeur s'appuie contre le rectum, la malade éprouve la sensation d'une pesanteur sur le siége, elle est souvent constipée, et les matières stercorales qui sortent sont dans quelques cas aplaties, comme rubanées, ce qui fait supposer naturellement que l'intestin est fortement comprimé.

J'arrive aux signes physiques qui sont communs à toutes les tumeurs fluctuantes du petit bassin, et qui fournissent les renseignements les plus précieux pour les reconnaître.

L'inspection seule suffit quelquefois pour mettre sur la voie; ainsi, quand la tumeur remonte au-dessus des pubis, elle fait habituellement à l'hypogastre ou vers une des régions iliaques un relief appréciable à la vue.

Dans un cas observé par M. Nathalis Guillot, et que je mentionnerai plus loin (obs. VI), on apercevait la partie inférieure de l'abcès descendant entre les petites lèvres.

La percussion, en donnant un son mat, dans un point du bas-ventre où on suppose une tumeur, peut aider le diagnostic, si on a soin de vider préalablement la vessie et de débarrasser l'intestin des matières fécales qu'il peut contenir, précaution indispensable pour ce mode d'exploration comme pour les suivants.

(1) Medico-chirurgical transactions, vol. II.

(2) Plusieurs observations, même ouvrage, vol. X.

Le palper hypogastrique est aussi d'une grande utilité, quand la tumeur s'étend un peu haut. Il sert même souvent quand elle ne déborde pas la marge du petit bassin ; car les parois du ventre, surtout à la suite des couches, se laissent ordinairement refouler suffisamment pour permettre à la main de plonger en quelque sorte dans l'excavation pelvienne. On reconnaît alors sur la ligne médiane ou en se rapprochant de l'une des fosses iliaques une tumeur plus ou moins mobile dont il est possible d'apprécier la sensibilité, le volume, la forme, la résistance, etc. ; seulement, pour estimer aussi exactement que possible le volume de la tumeur, il est nécessaire de défalquer de la masse qu'on circonscrit dans la main l'épaisseur supposée des parois abdominales qui recouvrent la tumeur comme une coque. Par le palper, on peut encore s'assurer que l'affection part véritablement du petit bassin ; on peut aussi juger si la tumeur est adhérente aux parois du ventre, ou si celles-ci glissent librement sur elle. Brigth (1) prétend même avoir reconnu ces adhérences à une légère crépitation ou au craquement de cuir neuf produit en palpant la région hypogastrique ; des autopsies seraient venues fournir plusieurs fois l'occasion de reconnaître la justesse de ce diagnostic curieux et important. Dans certaines circonstances, les rapports de la tumeur avec le corps de l'utérus peuvent être appréciés au travers des parois abdominales.

Mais les signes les plus positifs, ceux sur lesquels on doit le plus compter, sont assurément ceux que fournit le toucher. Je ne veux pas décrire ici le manuel de cette opération exploratrice, qui, ainsi que le speculum, est maintenant assez

---

(1) Archives générales de médecine, 1838, t. III, série III, p. 318.

généralement employée, et pour laquelle, grâce à son application journalière, les malades commencent à avoir moins d'appréhension ; je dirai seulement que, pour en tirer tout le profit possible, il est nécessaire de se placer au côté de la malade vers lequel s'incline la tumeur, et de se servir de l'index de la main correspondante à ce même côté. Il est utile aussi, du moins le plus souvent, de comprimer l'hypogastre de haut en bas avec la main qui est libre. J'ajouterai que M. Récamier a l'habitude, la malade étant couchée, de passer toujours la main chargée de toucher par-dessous la cuisse et non par dessus, comme on le fait généralement. Ce praticien, qu'on peut citer comme autorité en pareille matière, comme en beaucoup d'autres, trouve dans cette position plus d'aisance et de facilité.

Le toucher ainsi pratiqué permet de constater, par le vagin, la présence d'une tumeur située dans le petit bassin, ses propriétés physiques et ses rapports. Tantôt la tumeur développée ou descendue assez bas est sentie médiatement sur un des points du vagin ; cette situation rend l'examen facile. Tantôt elle est placée au-dessus de ce canal membraneux ; et pour l'atteindre avec l'extrémité du doigt, on est obligé de refouler supérieurement le cul-de-sac vaginal qui entoure le col utérin. Dans ce cas, il est souvent nécessaire, pour pénétrer plus profondément, de soulever le périnée avec les trois derniers doigts fléchis, et d'introduire, quand cela est possible, l'index et le médius réunis ; ce qui donne une longueur plus grande d'un centimètre environ, à cause du médius.

Quant la tumeur est située à une hauteur un peu considérable, on ne reconnaît que sa base par la cavité du vagin ; mais, dans cette exploration, on a l'avantage de pouvoir

constater l'état du museau de tanche et sa position. En effet, il arrive quelquefois que le col de l'utérus est dévié, poussé dans différents sens ; nous l'avons rencontré (obs. I) aplati sur le pubis et fortement porté à gauche, tandis que la tumeur qui le déplaçait occupait le côté droit du petit bassin. On trouve dans l'obs. XIV un bel exemple de déplacement considérable du col utérin. D'après la situation de cette partie de l'utérus, on peut deviner, en quelque sorte, la position du corps de l'organe, à moins qu'il n'existe une antéflexion ou une rétroflexion, maladies plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, et dans lesquelles la direction seule du col de la matrice ne peut évidemment indiquer celle du corps.

Mais il se présente des cas dans lesquels il est très-difficile ou même impossible d'atteindre le museau de tanche avec le doigt, soit qu'une rétroversion complète l'ait appliqué contre l'arcade pubienne ou derrière la paroi abdominale, comme dans l'obs. XIV, soit que le vagin soit trop comprimé à sa partie supérieure (obs. VI).

Par le toucher vaginal, on peut encore apprécier l'état de l'utérus dans son segment inférieur, et ses connexions avec la tumeur ; il est possible de savoir si celle-ci a des rapports plus ou moins éloignés avec le corps de cet organe, ou si elle est appliquée immédiatement sur lui. Cette dernière circonstance est celle qui se présente le plus fréquemment dans les cas d'engorgements phlegmasiques des ligaments larges; la tumeur se moulant en quelque sorte sur le côté de l'utérus, comme le cimier sur le casque. Il n'est pas sans intérêt de savoir s'il y a adhérence ou simple voisinage, et le toucher aidé du palper hypogastrique résout ordinairement la question. En effet, si les mouvements communiqués à la tumeur à travers les parois abdominales détermi-

nent, du côté de l'utérus, des mouvements analogues, sorte de retentissement senti par le doigt dans le vagin, on doit supposer que la tumeur et l'utérus ont des liaisons plus ou moins intimes. Dans cet examen, il est possible de juger approximativement du développement de la tumeur dans le sens vertical : son sommet répondant à l'hypogastre et sa base au vagin.

Par le rectum, on obtient aussi très-souvent des notions exactes. Lorsque la tumeur est en contact avec cet intestin, le doigt l'explore avec une grande facilité, à travers des parois minces et souples. Pour le diagnostic des engorgements des ligaments larges, en particulier, le toucher rectal rend de grands services. Il permet de reconnaître la face postérieure de ces engorgements, et de les distinguer du corps de l'utérus dont ils sont séparés par une rainure verticale quelquefois à la vérité peu appréciable.

La palpation hypogastrique, employée avec le toucher rectal, donne, par les mouvements transmis, les mêmes renseignements qu'avec le toucher vaginal sur les connexions de l'utérus avec la tumeur, et sur la hauteur de celle-ci. Mais un autre procédé peu connu qui consiste à toucher en même temps par le vagin et par le rectum permet de constater l'épaisseur ou le diamètre antéro-postérieur de la tumeur, et de plus la position exacte et le volume de la matrice qu'on tient de cette manière entre les doigts.

S'il est important de reconnaître une tumeur dans l'excavation pelvienne, il est bien plus important encore de s'assurer positivement si cette tumeur renferme un liquide, surtout quand on entrevoit la possibilité ou la nécessité de pratiquer une ouverture.

J'ai déjà indiqué sommairement les phénomènes qui peu-

vent faire penser que la suppuration s'établit lorsque l'affection a commencé avec des symptômes inflammatoires : mais le médecin n'assiste pas toujours au début de la maladie ; et bien des tumeurs, qui sont fluctuantes dès l'origine, se développent sans troubles fonctionnels qui puissent faire soupçonner qu'elles contiennent un liquide.

C'est donc encore par le palper et le toucher qu'on arrivera à constater le signe physique, pathognomonique de la présence d'un liquide dans une poche ; je veux parler de la *fluctuation*.

On peut dans certains cas percevoir cette sensation au travers des parois abdominales ; mais, quand on palpe la tumeur dans la région du bas-ventre, il est toujours important de la soutenir par l'intérieur du vagin, sans quoi sa mobilité pourrait bien faire croire à de la fluctuation qui n'existerait réellement pas.

Lorsqu'on explore de cette manière, on saisit quelquefois une correspondance de fluctuation entre la main placée sur l'hypogastre et le doigt dans le vagin.

Si la tumeur est située assez bas, on y constate parfois ce phénomène en touchant par le vagin seulement ; et cela avec d'autant plus de facilité que les parois de la tumeur sont plus minces et que celle-ci fait plus de relief dans le vagin. Pour se livrer à cette recherche importante, on introduit, quand c'est possible, l'index et le médius réunis, on les écarte, et, appuyant un des doigts sur la tumeur, on percute avec l'autre à une certaine distance.

De même, quand la tumeur est placée au voisinage du rectum, le toucher par cette cavité suffit quelquefois pour faire percevoir la sensation du flot.

Mais très-souvent la cloison recto-vaginale est le siége

des tumeurs qui font le sujet de ce travail; et le moyen le plus sûr pour y constater la fluctuation, c'est de pratiquer simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal. On introduit donc l'index dans le rectum et le pouce de la même main dans le vagin, on refoule en haut, le plus possible, le périnée avec le premier espace interdigitaire, et on embrasse ainsi la tumeur dans toute sa partie accessible. Alors on percute alternativement avec un des doigts, tandis que l'autre, restant appliqué sur un point opposé de la tumeur, reçoit le choc du liquide.

Pendant l'exécution de ces divers modes d'exploration, il est nécessaire qu'une compression soit exercée de haut en bas sur l'hypogastre; afin de forcer le liquide à s'accumuler à la partie inférieure et la tumeur à descendre à la rencontre des doigts chargés de toucher.

Enfin, si la fluctuation ne paraissait pas assez évidente, et si cependant il existait quelques signes rationnels qui la fissent supposer, il resterait un dernier moyen de s'en assurer : ce serait de faire, sur le point le plus saillant de la tumeur, et de préférence par le vagin, une ponction exploratrice au moyen d'un trois-quarts extrêmement fin. Je ne sache pas qu'en pareil cas on ait jamais eu recours à ce mode d'investigation, mais je le crois applicable aux tumeurs du petit bassin dont on tiendrait absolument à connaître le contenu (1).

En effet, on a peu de moyens de s'assurer de la nature

(1) Je viens d'apprendre que M. Monod, dans un cas d'abcès du ligament large, a fait, tout réeemment, une ponction exploratrice par le vagin, avant d'ouvrir la tumeur au travers des parois de ce même canal. Cette observation trouvera sa place au chapitre *Traitement*, et augmentera le nombre des faits que j'ai réunis dans ce mémoire.

du liquide que renferment ces tumeurs. Les abcès, à la vérité, peuvent être souvent distingués des kystes par les symptômes inflammatoires qui précèdent leur formation, par leur sensibilité qui existe dès le début, et parce que la fluctuation est ordinairement partielle, limitée; tandis que les kystes acquièrent un volume quelquefois considérable sans réaction, en présentant une fluctuation plus évidente, plus uniforme, et une sensibilité plus tardive qui souvent même ne se montre à aucune période.

Mais quant à distinguer parmi les kystes ceux qui sont séreux, hydatiques, sanguins, etc..., je crois que, dans l'état actuel de la science, on ne peut y arriver à moins d'employer la ponction exploratrice. Heureusement cette perfection du diagnostic n'est pas ordinairement nécessaire pour établir le traitement.

Néanmoins, dans certains cas de collections purulentes du petit bassin, il est indispensable, quand on veut pratiquer une opération, de s'assurer autant que possible si l'abcès est idiopathique ou s'il est symptomatique. La fluctuation existant dans les deux suppositions ne peut servir le diagnostic, mais des signes rationnels viennent le plus souvent l'éclairer. Ce sont, pour les abcès par congestion, la coïncidence d'une carie des vertèbres, des côtes ou des os du bassin, l'existence d'un mal vertébral de Pott ou d'une coxalgie, enfin une constitution scrofuleuse; pour l'abcès idiopathique, l'état puerpéral et des accidents primitifs caractérisant un phlegmon du tissu cellulaire du bassin, une métrite ou une péritonite, etc..., et l'absence des lésions graves essentiellement chroniques qui sont les causes ordinaires des abcès symptomatiques. Du reste, l'enchaînement

des accidents doit aider souvent pour faire cette distinction importante.

Pour terminer ce qui a rapport à la symptomatologie je vais citer plusieurs faits observés par nous-mêmes, et qui feront connaître quelques-unes des difficultés et des causes d'erreur qu'on peut rencontrer en cherchant à constater la fluctuation.

OBSERVATION PREMIÈRE.

Kyste sanguin de l'excavation pelvienne; épaisseur considérable des parois; nécessité du double toucher recto vaginal pour trouver la fluctuation; incision de la tumeur au travers des parois du vagin; guérison.

Une couturière de vingt-quatre ans, bien réglée, ayant habituellement des flueurs blanches et souffrant souvent du bas-ventre, accoucha heureusement, il y a huit mois, de son deuxième enfant. Il y a un mois, elle fut prise tout-à-coup, et sans cause connue, de frissons, de fièvre et de vomissements, avec douleur et tension dans le bas-ventre. Bientôt elle y sentit une tumeur ; les souffrances allèrent en augmentant ; il survint des frissons irréguliers, des sueurs nocturnes, abondantes, et lorsqu'elle entra, le 1er août 1840, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 6 (service de M. Récamier), elle était dans l'état suivant : Grand accablement, visage exprimant la douleur, céphalalgie, langue blanche, bouche mauvaise, nausées, grande soif et constipation, pouls à 100, souple et médiocrement développé. On examine le ventre avec soin, et on trouve dans toute sa région inférieure, mais surtout à droite, s'étendant vers la fosse iliaque, une tumeur dure du volume et de la forme de la

tête d'un fœtus, très-douloureuse à la pression, un peu mobile et glissant sous les parois abdominales.

Par le toucher vaginal et rectal on constate que cette tumeur descend dans l'excavation du petit bassin jusque dans la paroi recto-vaginale, et qu'elle emboîte l'utérus en arrière et à droite en poussant cet organe à gauche; le museau de tanche porté dans cette direction est appliqué contre le pubis, et on a beaucoup de peine à sentir son côté droit avec le doigt.

Par le vagin ni par le rectum séparément on ne peut reconnaître la fluctuation, mais on la perçoit d'une manière évidente en touchant par ces deux cavités à la fois.

Il n'y a rien de particulier du côté de l'excrétion des urines; mais la malade éprouve vers la vulve la sensation d'un corps qui tendrait à sortir. La douleur du ventre s'irradie vers les lombes et les cuisses, surtout vers la droite, qui est le siége de tiraillements et d'engourdissements. (Ipeca 1, 2. Lim. Cat. Lav. Inj. vag.)

Le 3, M. Récamier pratique, au moyen d'un pharyngotome modifié pour cet usage, la ponction de la tumeur sur la paroi postérieure du vagin, entre deux colonnes verticales, point dans lequel la fluctuation paraît le plus manifeste. Il s'écoule à l'instant un flot abondant de liquide rougeâtre un peu visqueux et sans odeur. Alors on agrandit un peu la boutonnière, en haut et en bas, avec un bistouri boutonné. En incisant, on s'aperçoit que les parois de la tumeur sont épaisses, résistantes, comme fibro-cartilagineuses, ce que l'on reconnaît encore en introduisant le doigt dans la plaie. Il s'écoule environ un demi-litre de liquide, et la malade est immédiatement fort soulagée. (Bains, injections d'eau tiède matin et soir dans le foyer.)

Les jours suivants, l'état général s'améliora, la douleur et les autres symptômes diminuèrent de plus en plus; mais le liquide prenant un peu d'odeur fétide, et de l'air s'introduisant dans le foyer, on comprima fortement le ventre de haut en bas avec un bandage de corps, et on recommanda de pousser la fin de l'injection très-lentement, afin de laisser le plus d'eau possible dans la cavité; de plus, on plaça, dans le même but, le bassin de la malade sur un plan beaucoup plus élevé que les lombes.

A dater de ce jour, l'écoulement perdit sa mauvaise odeur, et il n'entra plus d'air dans le kyste. Le liquide, après avoir conservé pendant plusieurs jours l'aspect qu'il avait lors de l'ouverture, prit de plus en plus l'apparence du pus. La tumeur du ventre diminua de jour en jour et perdit sa sensibilité; enfin, les forces, l'appétit et le sommeil revenant, on espérait voir arriver promptement la guérison sans accidents. Cependant le 13 août, dix jours après l'opération, il survint de la fièvre et une douleur vive dans le ventre, du côté gauche. On prescrivit des bains prolongés, des cataplasmes, et, le 15, le toucher vaginal fit reconnaître, à la gauche de l'utérus, une tumeur dure, sensible, du volume d'un petit œuf de poule, qui repoussait cet organe à droite, tandis que le kyste ouvert, revenu sur lui-même, lui permettait de reprendre sa situation normale.

Pendant quelques jours on craignit de voir cet engorgement phlegmoneux se terminer par suppuration; mais au moyen des bains, des cataplasmes et d'un régime convenable la résolution se fit promptement.

Le 21, la fièvre avait cessé; et à la place de la nouvelle tumeur on ne trouva plus qu'un peu d'empâtement et de sensibilité: le kyste était considérablement revenu sur lui-

même, ses parois très-minces avaient acquis de la souplesse, et la plaie résultant de l'incision tendait à se fermer; le museau de tanche avait repris sa position, et toutes les fonctions se faisaient bien.

On nourrit peu à peu; et on continua pendant quelque temps les injections, qui empêchèrent l'ouverture de se fermer trop tôt. Quand il ne coula plus que quelques gouttes de pus visqueux, comme mêlé à de la lymphe plastique, on les discontinua, et bientôt la plaie se cicatrisa complétement.

Enfin, le 12 septembre, trente-neuf jours après l'opération, la malade sortit parfaitement bien portante, sans conserver la moindre fistule, et son kyste étant réduit à un petit noyau tout-à-fait insensible.

— On jugera, par cette observation, de l'avantage immense qu'on peut tirer de l'emploi simultané des deux touchers; puisque ce procédé a permis de reconnaître parfaitement la fluctuation, tandis que le doigt placé isolément dans le vagin ou dans le rectum n'avait pu la constater. M. Leroy-d'Étioles et plusieurs autres docteurs présents à l'opération ont touché la malade avec nous et vérifié ainsi ce fait intéressant.

On avait parfaitement diagnostiqué la présence d'un liquide dans une poche à parois très-épaisses. Seulement la nature des symptômes et leur marche avaient fait croire à un abcès du ligament large s'étendant derrière l'utérus et descendant jusque dans la paroi recto-vaginale, tandis qu'à l'opération le liquide qui s'écoula vint démontrer que la tumeur était un kyste sanguin procédant probablement des annexes de l'utérus.

On trouvera dans l'obs. X un cas tout-à-fait analogue,

et dans lequel M. Récamier a opéré de la même manière et avec le même succès.

On expliquerait assez bien les symptômes inflammatoires qu'a présentés notre malade, et qui ont induit en erreur, en supposant que le kyste existait depuis plusieurs mois sans révéler sa présence par aucun signe, et que, sous l'influence d'une cause quelconque, il est devenu le siége d'une phlegmasie assez vive. De cette manière, on se rendrait même compte de l'engorgement qui est survenu dans le côté opposé du petit bassin par la disposition inflammatoire qui existait dans cette cavité au début des premiers accidents.

Au reste l'opération, qui était indiquée, suivant M. Récamier, que la tumeur fût un abcès ou un kyste, a eu le résultat le plus heureux. La poche est revenue peu à peu sur elle-même, sa face interne a suppuré, ses parois se sont en quelque sorte fondues, et l'ouverture s'est oblitérée complétement aussitôt qu'on l'a désiré. Il est bon, je crois, de noter ici la disparition de l'odeur fétide de l'écoulement aussitôt qu'on a pris la précaution de tenir la tumeur remplie d'eau et d'empêcher l'entrée de l'air. Cet effet remarquable justifie grandement l'importance que nous accordons aux pansements et à la position de la malade après l'opération.

OBSERVATION DEUXIÈME.

Abcès situé derrière l'utérus; ponctions pratiquées par le vagin; guérison.

Une femme de trente-et-un ans, joigneuse en botterie, bien réglée, n'ayant jamais été enceinte, mais ayant presque toujours des flueurs blanches, et sujette depuis cinq ans à des indispositions ou à de courtes maladies caractérisées

par de la fièvre, des douleurs dans le bas-ventre, dans les lombes et les cuisses, de la cuisson en urinant, et quelquefois des vomissements, entre le 24 février à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare, nº 37 (service de M. Récamier). Elle présente tous les symptômes que je viens d'indiquer et qui lui sont survenus spontanément il y a sept jours. Elle a de plus des frissons irréguliers et le ventre très-sensible, surtout inférieurement; sa tension empêche de l'explorer profondément. En touchant par le vagin, on trouve le col de l'utérus sain: mais derrière lui on sent une tumeur globuleuse à surface lisse, du volume d'un gros œuf de dinde, et déprimant de haut en bas le cul-de-sac vaginal: elle est rénitente, et on y perçoit très-manifestement de la fluctuation. Il faut noter que cette exploration ne peut être faite qu'avec un seul doigt à la fois, à cause de l'étroitesse de l'entrée du vagin.

Le toucher rectal fournit les mêmes renseignements.

M. Récamier pratique immédiatement, avec son pharyngotome, une ponction sur la partie moyenne de la tumeur, à travers les parois du vagin. Il fait une petite boutonnière dirigée d'avant en arrière, et l'instrument sort couvert d'une couche légère de matière purulente. Cependant il ne s'écoule tout d'abord qu'un peu de sang de l'ouverture; quelques heures après, à la sortie d'un bain, la malade a senti et vu couler une assez grande quantité de pus et s'est trouvée tout-à-coup soulagée. Au reste, il fut facile de s'assurer, dans la soirée, que le liquide sortait bien de la plaie.

Les jours suivants, tous les symptômes morbides s'amendent, l'écoulement continue en diminuant graduellement; et le 28, quatrième jour de l'opération, la fluctuation n'est plus appréciable.

Le 29, on constate que l'ouverture est complétement oblitérée ; mais on croit retrouver de la fluctuation sur la partie gauche de la tumeur. On y pratique une nouvelle ponction au niveau du point le plus culminant, et il ne s'écoule pas la moindre goutte de liquide malgré la profondeur assez grande de l'ouverture. Il y eut quelques douleurs à la suite de cette tentative, mais pas le moindre accident notable.

Le 3 mars, la malade est constipée ; elle éprouve par intervalles des coliques accompagnées de pesanteur sur le siége : un lavement dissipe tous ces symptômes en produisant plusieurs selles.

Le 10, la tumeur est diminuée de plus de moitié ; elle est bien moins dure et à peine rénitente.

Le 17 on ne la retrouve plus par le vagin ni par le rectum, et la malade sort dans un état parfait de santé.

— Cette observation offre plusieurs points à considérer. D'abord, pour l'origine de la tumeur, on doit remarquer que cette femme était sujette, depuis plusieurs années, à des maladies qu'on peut, je crois, regarder comme des métrites plus ou moins intenses. Il n'est donc pas étonnant qu'après plusieurs phlegmasies successives de l'utérus il soit survenu un engorgement inflammatoire dans le tissu cellulaire placé derrière cet organe, sous sa membrane séreuse, engorgement qui s'est terminé par suppuration. Ensuite, pour la particularité qui s'est présentée lors de la première ponction, il vient de suite à l'idée que c'est le dérangement du parallélisme entre l'ouverture de la tumeur et celle des parois du vagin qui a empêché le pus de s'écouler immédiatement; et ce qui peut encore confirmer cette opinion, c'est qu'un instant après, dans un changement de position de la

malade, le liquide s'est écoulé abondamment, et qu'il en est résulté un affaissement très-notable de la tumeur.

Enfin, si on veut parler de la deuxième ponction qui n'a donné issue à aucun liquide, bien qu'on ait cru reconnaître la fluctuation, je dirai qu'on peut, avec raison, attribuer cette erreur à la mobilité de la tumeur et aux difficultés qu'on a rencontrées dans l'exploration. En effet, le toucher n'a pu être pratiqué que par un seul doigt, à cause de l'étroitesse des parties, et dans une seule cavité à la fois, à cause de la hauteur trop grande à laquelle se trouvait l'affection. J'ajouterai, pour terminer, que cette ponction, quoiqu'elle n'ait pas amené le résultat immédiat qu'on en attendait, n'a eu cependant aucune conséquence fâcheuse; qui sait même si la scarification profonde qu'elle a produite n'a pas hâté la résolution de la tumeur en donnant issue à une certaine quantité de sang? Toujours est-il que, peu de temps après, la guérison était complète, et que la malade sortait débarrassée de sa tumeur.

Marche, terminaison. — Les tumeurs fluctuantes du petit bassin suivent une marche différente selon leur nature, leur siége et une foule de circonstances.

Les kystes de l'ovaire, par exemple, qui flottent dans la cavité abdominale, prennent facilement de l'accroissement, ils soulèvent les intestins, les refoulent en divers sens et remontent dans le ventre au point d'en imposer souvent, à une certaine époque, pour une hydropisie ascite ou pour une grossesse; tandis que les kystes qui naissent dans le tissu cellulaire de l'excavation pelvienne sont obligés de soulever le péritoine, qui tapisse le fond du petit bassin, pour dépasser supérieurement le pubis. C'est pourquoi ces dernières tumeurs réagissent davantage sur les organes

voisins, et acquièrent si rarement un volume un peu considérable.

Quelle que soit la position de ces kystes, qu'ils renferment de la sérosité, des hydatides, ou un liquide sanguinolent, etc..., toujours est-il qu'ils tendent peu à s'ouvrir à l'extérieur ou dans un viscère creux. Cependant on a eu quelquefois occasion de les voir s'ouvrir spontanément dans le colon (Brigth (1), M. Récamier (2)) et dans le vagin (Neuman, Monro (3)). M. Camus a présenté, en 1833, à la Société anatomique deux kystes de l'ovaire qui communiquaient avec le rectum et qui renfermaient des matières fécales. Moi-même j'ai trouvé, l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, une tumeur analogue qui s'était vidée dans le cœcum.

Les kystes du bassin se terminent le plus souvent par la mort; et celle-ci arrive : tantôt lorsque la tumeur peu volumineuse, et n'occasionnant que de la gêne par compression, vient à s'enflammer et à supparer. M. Cruveilhier (4) a observé cette terminaison fatale chez une femme qui portait une tumeur acéphalocyste, située entre le rectum et le vagin. Brigth (5) prétend avoir vu deux fois survenir une péritonite mortelle à la suite de l'inflammation des parois d'un kyste de l'ovaire. Tantôt la malade succombe lorsque la tumeur, en se développant, irrite le péritoine et y détermine une phlegmasie des plus graves, ou lorsqu'il survient

(1) Mémoire cité.

(2) Travail de M. Tavignot sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire journal *l'Expérience*, 1840, n° 160.

(3) Revue médicale, 1838, p 42.

(4) Dict. de méd. et chir. pratiq., vol. I, p, 254.

(5) Mémoire cité.

une rupture spontanée ou accidentelle. Cette rupture, qui est suivie d'un épanchement dans la cavité abdominale, se produit quelquefois par une ulcération des parois du kyste, et elle est d'autant plus à craindre que ce dernier a acquis plus promptement un volume considérable. Madame Boivin (1) l'a observée dans un cas d'hydropisie enkystée de l'ovaire. M. Blandin l'a vue arriver dans deux cas analogues, et Brigth en cite trois exemples dans son ouvrage.

Cependant il arrive assez fréquemment que ces affections laissent vivre pendant des années les malades qui en sont atteintes, et ce n'est quelquefois qu'à la longue qu'elles compromettent l'existence ; c'est alors en produisant des troubles dans diverses fonctions importantes, en empêchant, par exemple, le diaphragme de s'abaisser, en comprimant le tube digestif, etc...., dérangements qui conduisent peu à peu au marasme et à la mort.

La marche des abcès est bien plus variable que celle des kystes. Le pus formé se réunit ordinairement de manière à constituer un foyer unique qui bientôt est entouré de parois plus ou moins épaisses et résistantes. Alors l'abcès, circonscrit ou enkysté, n'a pas habituellement une grande capacité, quoique M. Récamier en ait rencontré un qui contenait plus d'un litre de liquide. Mais dans quelques circonstances rares, heureusement, la suppuration reste diffuse et s'étend en nappe, dans différents sens, entre les organes du petit bassin.

Dans tous les cas, que le pus soit disposé en foyer ou disséminé, qu'il soit formé dans le tissu cellulaire du petit

---

(1) Maladies de l'utérus, vol. I, p. 113.

bassin ou dans l'épaisseur d'un organe comme l'utérus, la vessie, l'ovaire ou la trompe (1), il a toujours, tôt ou tard, une tendance prononcée à se porter au dehors. C'est ainsi qu'on doit un bon nombre de guérisons aux seuls efforts de la nature.

En effet, ces abcès s'ouvrent souvent d'eux-mêmes, tantôt directement à l'extérieur, à l'hypogastre, par exemple, après avoir contracté des adhérences avec les parois abdominales; tantôt dans une cavité muqueuse, comme l'intestin, la vessie, l'urètre, le vagin, l'utérus et quelquefois dans plusieurs de ces parties successivement.

Madame Boivin (2) rapporte un grand nombre d'exemples curieux de ces diverses ouvertures spontanées; quelques-unes des observations lui sont particulières, les autres appartiennent à MM. Andral et Nauche, à Vater, Callisen, Franck et Murat. Mais les cas qui m'ont paru les plus extraordinaires sont ceux dans lesquels le liquide d'une tumeur de la trompe ou de l'ovaire s'est porté à l'extérieur en passant par la trompe, l'utérus et le vagin.

MM. Lisfranc et Emery (3) ont signalé chacun un cas de tumeur fluctuante de l'abdomen ouverte spontanément dans

---

(1) Madame Boivin (ouvrage cité) parle de l'inflammation des trompes. Elle dit que cette phlegmasie se termine quelquefois par suppuration, et que les abcès qui en résultent suivent la même marche que ceux de l'ovaire. L'auteur cite M. Andral comme ayant observé une de ces collections purulentes qui s'est fait jour au dehors dans le flanc gauche, et qui a produit la mort à la suite d'une fièvre hectique.

(2) Ouvrage cité et mémoire sur une des causes les plus fréquentes d'avortement.

(3) Revue médicale, 1827, t. I, p. 362.

la vessie. M. Louis (1) a vu s'ouvrir dans le même viscère un abcès des ligaments larges. Mais cette terminaison a souvent des suites fâcheuses, à cause de l'inflammation que le pus produit et entretient dans la vessie.

On trouve dans les auteurs beaucoup d'exemples d'ouvertures spontanées d'abcès dans le tube digestif et dans le rectum en particulier.

M. Nauche (2) parle d'un foyer purulent du bassin qui faisait une saillie considérable dans le vagin, et qui se vida dans le rectum. On craignit pendant quelque temps de voir la malade succomber d'épuisement; mais on fit suivre un régime fortifiant et la guérison finit par arriver.

Tout dernièrement M. Péreira, mon collègue et ami, à observé une terminaison tout-à-fait semblable, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Honoré.

Dans certains cas le pus, pour se faire jour à l'extérieur, suit un trajet long et sinueux : au lieu de s'ouvrir directement à la surface du corps ou dans la cavité d'un viscère, il remonte vers les lombes, ou il descend vers l'aine, en suivant le canal crural ou le canal inguinal; il s'étend dans diverses directions en décollant lé tissu cellulaire, et en produisant quelquefois de grands désordres.

M. Chomel (3) a vu une collection purulente se faire jour d'un côté à travers le rectum, et de l'autre par le trou obturateur, pour former une tumeur à la partie interne et supérieure de la cuisse.

---

(1) Tavignot. Travail cité.

(2) Traité sur les maladies de l'utérus.

(3) Gazette médicale, t. 1, p. 388.

M. César Hawkins (1) cite un cas dans lequel le pus est sorti du bassin par l'échancrure sciatique.

Une terminaison qui est encore bien plus dangereuse que les précédentes et qui se rencontre quelquefois, c'est l'ouverture de l'abcès dans le péritoine : accident presque nécessairement mortel. M. Gendrin dit l'avoir observée plusieurs fois. On en trouvera deux exemples dans les observ. IV et V, au chapitre Anatomie pathologique.

M. Négrier (2) a eu occasion de voir un abcès développé dans une vésicule ovarique se terminer de la même manière et par la mort.

Mais c'est, sans contredit, par le rectum, par l'utérus et surtout par le vagin que la matière purulente a le plus de propension à se frayer une route. Cette opinion est appuyée sur les observations contenues dans ce travail et sur tous les faits qui sont à ma connaissance.

M. Gendrin, dans un cas d'abcès du ligament large ayant reconnu la fluctuation à l'hypogastre, y pratiqua une ouverture. Malgré cette voie artificielle l'abcès s'ouvrit bientôt de lui-même dans le vagin, et la malade guérit parfaitement. Le même médecin (3) a vu cette terminaison favorable survenir spontanément chez une autre femme qui portait un abcès dans le côté gauche du bassin. Il l'a vue plusieurs fois se faire dans la cavité de l'utérus, près du col. Dance et M. Robert (4) ont signalé chacun un fait analogue.

---

(1) Dict. de Méd., t. v, p. 68.

(2) Recherches anat. et physiol. sur les ovaires dans l'espèce humaine, p. 92.

(3) Thèse de M. Piotay, 1837, n° 462.

(4) Thèse de M. Fichot citée.

Dupuytren (1), dans ses leçons, citait plusieurs cas d'abcès du bassin qui s'étaient fait jour dans la matrice ou dans le vagin.

Enfin, il peut arriver que l'abcès s'ouvre en plusieurs points dans un des viscères creux que j'ai mentionnés. Un de mes collègues, M. Malespine, m'a dit avoir trouvé, à une autopsie, un foyer purulent du ligament large qui communiquait avec le rectum par trois ou quatre fistules.

On peut appliquer aux épanchements partiels, circonscrits de péritonite chronique, ce que je viens de dire des diverses terminaisons des abcès développés dans le tissu cellulaire du petit bassin ou dans les organes qui y sont renfermés.

M. Chomel (2), Benevoli, Milleret et Paroisse ont vu ces collections purulentes ou autres s'ouvrir spontanément à l'extérieur par l'ombilic; Verdiez-Duclos, dans la cavité de l'intestin; Brisorgueil, aux environs de l'anus; Viger et M. Robouam, dans le vagin et la vessie.

Monteggia a vu se vider dans la partie supérieure droite du vagin un foyer placé dans les deux ligaments larges, se continuant dans les deux fosses iliaques et s'étendant à droite aux environs du rein et jusqu'à la face concave du foie.

Dans le cours de toutes les affections dont nous venons de parler, on est exposé à voir survenir un certain nombre d'accidents et de complications : une péritonite (3), une

---

(1) Leçons orales, t. III, p. 531.

(2) Mémoire de M. Baudelocque (cité), p. 463.

(3) Complication très-fréquente dans les cas d'abcès de la fosse iliaque, puisque M. Grisolle, dans son Mémoire, dit que le sixième

métrite, une fièvre hectique, un épuisement progressif, etc...; et lorsque le liquide est évacué, il peut encore se produire diverses lésions plus ou moins difficiles à guérir : telles que des fistules, des catarrhes du rectum, de l'utérus ou du vagin, des affections du col utérin. Mais je n'insiste pas davantage sur ce point, étant obligé d'y revenir lorsque je comparerai l'ouverture spontanée à l'ouverture artificielle.

Anatomie pathologique.

Mon but étant de traiter seulement d'une manière générale les tumeurs fluctuantes du petit bassin, je dirai peu de chose sur les lésions anatomiques de chacune de ces affections. Je préfère citer des autopsies qui présentent quelque intérêt, et surtout celles dont j'ai été témoin; elles serviront d'exemples, et remplaceront avantageusement, je pense, toutes les descriptions que je pourrais donner.

Pour les kystes, on sait, en effet, qu'ils prennent le plus souvent naissance dans l'ovaire et qu'ils viennent ordinairement se loger dans l'excavation recto-vaginale. Leur structure a été étudiée depuis long-temps avec soin. On a remarqué que leurs parois étaient, en général, de nature fibreuse, quelquefois cartilagineuse et qu'elles pouvaient même s'encroûter de matières calcaires. Pour ma part, j'ai trouvé une fois, dans l'épaisseur des parois d'une tumeur de ce genre, des parties osseuses ressemblant parfaitement à certaines portions du squelette d'un fœtus, et qui pouvaient faire croire à une grossesse extra-utérine ancienne.

---

des sujets atteints de cette maladie meurt de péritonite (par extension de l'inflammation, ou par épanchement de pus dans la cavité abdominale).

Ledran a insisté beaucoup sur la fréquence de la transformation squirrheuse de ces kystes. D'autres productions accidentelles s'y développent aussi comme on peut le voir dans l'observation XVI. Leur cavité est tantôt unique, tantôt divisée par des cloisons plus ou moins complètes, ce qui leur a fait donner différentes dénominations. Les vaisseaux qui rampent à leur surface ou dans leurs enveloppes sont souvent très-développés. Enfin, la matière qu'ils contiennent est très-variable pour la nature, la consistance, etc.

Les foyers purulents intra-péritonéaux du petit bassin sont placés le plus souvent, comme les kystes, dans le cul-de-sac qui sépare le rectum du vagin. Nous avons vu plus haut que ces abcès dépendaient d'une inflammation du péritoine pelvien et qu'ils étaient circonscrits par des fausses membranes. Celles-ci sont plus ou moins épaisses et résistantes, et leur organisation est plus ou moins avancée. La face interne, que baigne le pus, et ce liquide lui-même offrent souvent une teinte d'un gris ardoisé ou noirâtre. Cela s'observe surtout quand la cavité a eu, pendant la vie, des communications avec l'air extérieur, soit directement au travers des parois de l'abdomen, soit indirectement, par l'intermédiaire d'un organe qui s'ouvre au dehors. Dans cette circonstance, le pus prend aussi une odeur fétide. Le péritoine voisin du foyer purulent, et quelquefois celui de toute la cavité abdominale, présente des traces de phlegmasie aiguë ou chronique.

Les faits que je vais mentionner et que j'emprunte à la clinique médicale de M. Andral, donneront une idée exacte des affections dont je viens de parler.

Une femme, à la suite d'un premier accouchement, était restée atteinte d'une douleur qui avait son siége dans l'hy-

pogastre, derrière les os pubis, et qui se manifestait d'une manière intermittente, à l'instar d'une névralgie. Lorsque la malade se présenta à la Charité, la douleur était devenue continue depuis un mois; mais elle avait diminué d'intensité. La pression de l'hypogastre était douloureuse. Il y avait un amaigrissement notable, une petite fièvre, des sueurs fréquentes. On crut alors à une affection chronique d'un des ovaires ou d'une des portions du péritoine qui les entourent (sangsues, cat., etc.). Bientôt une diarrhée abondante s'établit; l'abdomen dans sa totalité devint tendu et douloureux, la malade s'affaiblit rapidement et succomba.

A l'autopsie, on trouva, dans le péritoine, les traces d'une inflammation aiguë, récente (sérosité trouble avec flocons fibrineux). La plus grande partie de la surface interne du gros intestin, ainsi que celle de la fin de l'intestin grêle, étaient vivement injectées. Mais de plus on découvrit une tumeur du volume d'une petite orange, située profondément dans l'excavation du bassin; elle y était disposée de manière que sa moitié droite était interposée entre l'utérus et le rectum, tandis que sa moitié gauche, cachée en avant par le ligament large, dépassait latéralement ces deux organes. Cette tumeur contenait une cavité séparée en plusieurs loges incomplètes, dans chacune desquelles existait un liquide purulent. Ses parois étaient constituées par des fausses membranes superposées, évidemment formées au sein du péritoine. L'utérus, les ovaires, la vessie et le rectum ne présentèrent aucune altération appréciable.

Une autre femme mourut à la Charité après avoir présenté, pendant assez long-temps, dans la partie droite de la région hypogastrique une tumeur volumineuse, doulou-

reuse au palper, et qui avait été regardée comme appartenant à l'ovaire. A l'ouverture du cadavre, on trouva que la plus grande partie de l'excavation pelvienne était occupée par une tumeur considérable qui s'élevait de plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis; elle faisait surtout saillie vers la région iliaque droite. Cette tumeur, creusée d'une cavité remplie de pus, n'appartenait à aucun des organes situés dans le bassin : les ovaires, en particulier, furent trouvés intacts.

Dans le cas suivant, on trouvera un exemple d'abcès intra-péritonéal lié à une affection de l'ovaire.

Une femme de 36 ans tomba dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles; celles-ci se supprimèrent, et dès lors sa santé bonne jusqu'alors se détériora rapidement. Elle éprouva une douleur peu vive, mais continuelle, vers la région hypogastrique; plus tard, elle fut prise de vomissements et d'une diarrhée abondante; enfin elle présenta les symptômes d'une pleuro-pneumonie à laquelle elle succomba 7 à 8 mois environ après sa chute dans l'eau. Derrière l'utérus et à gauche du rectum refoulé à droite, on trouva une poche accidentelle capable de contenir une orange; elle était remplie d'un pus consistant, verdâtre, inodore. Les parois de cette poche étaient tapissées par une membrane d'apparence muqueuse; à sa gauche existait une autre tumeur qui semblait appartenir à l'ovaire développé. On voyait effectivement s'y rendre l'extrémité flottante de la trompe de Fallope et le ligament ovarien; on en voyait partir le ligament rond plus volumineux que de coutume : cet ovaire était transformé en une poche pleine de pus, dont la cavité aurait pu admettre une pomme d'api. D'un des points de contact des deux tumeurs précédentes, il s'en

élevait une troisième oblongue, à parois minces, transparentes; une sérosité limpide la remplissait. Un des poumons était hépatisé. L'estomac présentait à sa surface interne plusieurs larges plaques rouges, avec ramollissement et amincissement de la muqueuse; la même altération existait dans le gros intestin.

Les abcès extra-péritonéaux du petit bassin se rencontrent presque toujours dans les annexes de l'utérus, au voisinage de cet organe, mais particulièrement dans l'épaisseur des ligaments larges. Les abcès se comportent là comme partout ailleurs, c'est-à-dire qu'ils sont plus ou moins volumineux, tantôt diffus, tantôt circonscrits, etc... Cependant il est bon de noter qu'en se développant ils refoulent en haut le péritoine pelvien et que leurs parois, quand ils sont enkystés, acquièrent promptement de l'épaisseur, de la résistance, qu'elles deviennent souvent fibreuses, comme lardacées, cartilagineuses même. On doit aussi remarquer que quand ces abcès surviennent après les couches, le pus qu'ils contiennent ressemble souvent plutôt à de la sérosité purulente qu'à du pus phlegmoneux; il contracte fréquemment aussi l'odeur fétide de la suppuration formée au voisinage du rectum ou une odeur alliacée très-prononcée. Du reste, cette matière et les parois de l'abcès subissent les mêmes modifications que dans les abcès intra-péritonéaux lorsqu'il existe une perforation et communication de la cavité avec l'air atmosphérique. La teinte qui survient alors dans toutes ces parties s'étend parfois au péritoine environnant.

Les observations suivantes fourniront des exemples bien tranchés d'abcès extra-péritonéaux, et feront connaître différents modes de terminaisons mortelles de ces affections.

OBSERVATION TROISIÈME.

Abcès situé entre la vessie et l'utérus ; ouverture spontanée dans la cavité abdominale ; péritonite suraiguë ; mort ; autopsie.

Une femme de 21 ans, cuisinière, d'une bonne santé habituelle, entra cette année à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 24 (service de M. Chomel). Elle dit être accouchée naturellement il y a 15 jours, et avoir éprouvé le cinquième jour de ses couches, sans cause connue, des frissons, de la fièvre et une perte très-abondante, en même temps que les seins, d'abord gonflés, étaient devenus promptement flasques. Bientôt la peau se couvrit de sueur par intervalles ; il survint des douleurs vives dans le ventre, et la malade y découvrit une grosseur sensible à la pression.

A son entrée, elle était pâle et très-faible. Le pouls battait 130 fois à la minute. Les carotides offraient un bruit de souffle. Il y avait de la constipation sans nausées ni vomissements, de la dispnée, de la toux, et l'auscultation faisait reconnaître un peu de râle sibilant dans la poitrine. On trouva dans l'hypogastre une tumeur douloureuse qui occupait tout son côté droit. Par le toucher on constata une chaleur vive dans le vagin, et on s'assura que le col utérin était très-élevé (deux petites saignées à un jour de distance. Cat. Frict. merc. Huile de ricin). Les jours suivants il y eut un peu d'amélioration dans les symptômes généraux. Cependant, un bruit de souffle se fit entendre au premier bruit du cœur. Le quatrième jour, à la visite, la tumeur parut diminuée et tout à coup, dans l'après-midi, il survint des symptômes de péritonite suraiguë. Le lendemain, la face décomposée exprimait la douleur et l'an-

goisse ; il y avait de l'oppression et des quintes de toux fatigantes ; le pouls très-fréquent était irrégulier et dépressible ; il y avait des vomissements bilieux avec soif très-vive, et impossibilité de boire une cuillerée de liquide sans la vomir immédiatement. La tumeur était moins saillante, moins volumineuse, mais la douleur du ventre s'étendait à toute sa surface ; elle était extrêmement intense, surtout à droite, vers la fosse iliaque, et le poids des couvertures ne pouvait être supporté. Pas de selles depuis 24 heures (25 sangsues dans les aines. Cat. Bain. Huile de ricin). Les accidents allèrent en empirant ; les yeux s'excavèrent, devinrent ternes ; le pouls faiblit de plus en plus ; la peau des extrémités se refroidit, et la malheureuse succomba 48 heures après l'invasion de la péritonite.

A l'autopsie on trouva le péritoine viscéral d'un blanc laiteux ; le feuillet pariétal offrait une teinte opaline ; l'épiploon très-friable présentait plusieurs points d'une couleur pourpre. Dans la cavité péritonéale il existait un liquide louche, ressemblant à du petit lait mal clarifié. Les intestins agglomérés en masse étaient maintenus en place par l'épiploon, et leurs anses lâchement unies par de faibles adhérences. La membrane muqueuse intestinale était pâle et les follicules isolés, développés. On examina avec soin la tumeur qui plongeait dans l'excavation pelvienne, et on reconnut qu'elle la remplissait presque complétement. Le cœcum et les portions voisines de l'intestin venaient y adhérer. L'épiploon se fixait à sa partie antérieure, et derrière ces adhérences on apercevait sur la tumeur une ouverture ovalaire ayant environ deux centimètres de longueur sur un centimètre de largeur. Le pourtour de l'orifice était tapissé par des fausses membranes, et c'est là surtout que les traces de

péritonite étaient prononcées. Cette perforation faisait communiquer la cavité du péritoine avec un abcès du volume d'une grosse pomme. Le foyer contenait environ un verre de pus séreux tenant en suspension des flocons blanchâtres, et sa face interne était tapissée par une membrane qui représentait bien une membrane pyogénique. Les parois épaisses de plusieurs millimètres avaient une structure lardacée, presque cartilagineuse en divers points. La cavité de l'utérus pouvant loger une noix renfermait une petite quantité de sang. La face interne de cet organe était inégale, rugueuse. Ses parois étaient épaisses et l'antérieure se confondait, au niveau du col, avec la tumeur, dont elle formait comme la paroi postérieure. Le col utérin était effacé, et son orifice externe déchiqueté, irrégulier. Le vagin dilaté avait des parois minces. La vessie, très-pâle à sa face interne, présentait cependant quelques points ecchymosés. Le tissu cellulaire qui l'environne était infiltré de sérosité, de même que les ovaires. Quant aux autres organes, ils étaient, pour la plupart, anémiés et œdématiés.

OBSERVATION QUATRIÈME.

Abcès situés dans les ligaments larges et derrière l'utérus. Péritonite aiguë générale. Mort. Autopsie.

Dans le mois de mars dernier une malade était couchée salle Saint-Bernard (service de M. Chomel), à l'Hôtel-Dieu. On avait constaté la présence d'une tumeur derrière l'utérus, et le toucher avait présenté, dans cet examen, une particularité digne de remarque. C'était une succion exercée sur le doigt et déterminée par l'application immédiate des parois du vagin sur ce doigt, quand on le retirait de cette cavité.

Ce phénomène tenait sans doute à la compression exercée par la tumeur sur le vagin. Le toucher par le rectum était impraticable, à cause d'un rétrécissement siégeant à l'extrémité inférieure de cet intestin. Une péritonite générale aiguë survint tout à coup et fit périr la malade en très-peu de temps. L'autopsie en fut faite le 18 mars, et on rencontra les lésions suivantes : deux abcès assez volumineux et parfaitement enkystés existaient dans le petit bassin. L'un d'eux, gros comme un œuf de poule, occupait le ligament large gauche, et descendait vers la partie supérieure et latérale correspondante du vagin. Il résultait sans doute de la suppuration de l'ovaire ; car cet organe avait complétement disparu, et sa place était occupée par le foyer purulent auquel adhéraient la trompe et le ligament rond du même côté. Le second abcès, analogue au premier pour le volume, était situé à sa droite, derrière la matrice, entre elle et le rectum. Mais on ne put trouver de communication entre ces deux tumeurs, malgré leur juxta-position. Elles renfermaient du pus séreux et d'une odeur légèrement fétide, stercorale. Leurs parois avaient une épaisseur d'un centimètre environ, une teinte d'un gris foncé, et elles étaient résistantes, comme lardacées. Au milieu du ligament large droit, on découvrit plusieurs petits foyers purulents d'une couleur ardoisée dont le plus considérable, gros comme une noix, paraissait occuper l'ovaire correspondant ; cet organe était encore reconnaissable par sa structure.

Tous ces abcès développés dans le tissu cellulaire qui entoure l'utérus avaient refoulé le péritoine supérieurement. Celui-ci, à leur voisinage, était recouvert de fausses membranes, et dans toute sa cavité on rencontrait les traces d'une péritonite aiguë récente.

— La fluctuation des abcès dont nous venons de parler n'a pas été reconnue pendant la vie, sans doute, parce que le toucher rectal ne pouvait être pratiqué et par conséquent employé concurremment avec le toucher vaginal. M. Chomel, dans des affections analogues, met ordinairement en usage ce procédé complexe, qui eût permis probablement, dans ce cas particulier, de constater la présence d'un liquide et fait naître certainement l'idée de lui créer une issue par le vagin.

OBSERVATION CINQUIÈME.

Abcès du ligament large; incision pratiquée à l'hypogastre ; huit jours après, ouverture spontanée de la tumeur dans la cavité abdominale ; péritonite. Mort. Autopsie.

Une nommée Fontaine, âgée de 26 ans, domestique, accoucha naturellement à la Maternité le 21 mars 1841. Dès le surlendemain, avant l'apparition de la fièvre de lait, elle fut prise de dévoiement et d'une douleur très-vive dans le bas-ventre. Le sixième jour, de la céphalagie et une fièvre intense vinrent s'ajouter (saignée). Les jours suivants, il y eut un peu de mieux et la malade sortit de l'hôpital encore très-souffrante. Arrivée chez elle survint tout à coup du frisson avec nausées, vomissements et douleurs dans l'émission des urines. Elle entra avec ces symptômes, le 3 avril, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, nº 19 (service de M. Récamier). A la visite on constate que le ventre est très-sensible à l'hypogastre, et que l'utérus dépasse les pubis d'environ 3 centimètres. Le toucher vaginal produit de vives douleurs quand on presse sur le museau de tanche et sur l'utérus, qui est gros comme un œuf de dinde. La pression exercée sur le bas-fond de la vessie est douloureuse, et tout

l'intérieur du vagin est très-chaud et très sensible. Il y a un peu d'écoulement blanc sans odeur. Par le rectum on constate le volume et la sensibilité de l'utérus, et de plus l'intégrité des ligaments larges. Le pouls est à 100; il est vif, mais sans dureté. La diarrhée continue. De plus, il y a de la toux et quelques crachats muqueux (sangsues, ventouses scarifiées. Bains. Cat.). Le 7 la fièvre est tombée; l'utérus est revenu presqu'à son état normal, mais par le palper et le toucher on constate, à sa gauche, dans le ligament large la présence d'une tumeur grosse comme une pomme, dure, régulière et douloureuse. A cause de sa position élevée, on est obligé de refouler fortement en haut le cul-de-sac du vagin pour pouvoir sentir sa partie inférieure (sangsues. Cat. Calomel. Frict. merc.).

Quelques jours après il survint un peu de frisson, des battements et des élancements dans la tumeur. Celle-ci se dessina à l'hypogastre, et le 25 on y sentit une fluctuation manifeste qu'on rendit plus superficielle par l'application d'une ventouse. Enfin, la suppuration ne se dirigeant pas du côté du vagin ni du rectum, on se décida à faire une eschare sur la paroi abdominale. Le lendemain une nouvelle application de caustique de Vienne fut faite, et le 2 mai on reconnut que les parois du ventre, au niveau de l'eschare, ne glissait plus sur la tumeur; ce qui fit supposer nécessairement que l'adhérence était formée. Alors on incisa dans le fond de l'eschare, et à l'instant il sortit environ un verre et demi de pus bien lié mais répandant une odeur légèrement alliacée. On plaça une mèche dans l'ouverture et on recommanda à la malade de se coucher sur le côté gauche.

Quelques jours après l'opération, le pus ayant pris une

odeur fétide, on fit des injections d'eau tiède dans le foyer. Le 10 mai, à peine une cuillerée de liquide était elle arrivée dans la cavité, que la malade éprouva des douleurs très-vives dans le ventre, et on fut obligé de suspendre l'injection. Dans la journée, il y eut quelques frissons, deux lipothymies, et dès ce moment se succédèrent tous les symptômes d'une péritonite aiguë des plus graves. Cette maladie, de générale qu'elle fut d'abord, parut se limiter au côté gauche et inférieur du ventre. Elle passa à l'état chronique, malgré tout ce qu'on put faire : la fièvre continua, il survint des sueurs nocturnes, une diarrhée abondante et involontaire, un épuisement progressif; et la malade succomba le 30 mai, deux mois environ après son entrée à l'hôpital.

Autopsie. — Dans l'abdomen, les intestins sont pelotonnés, adhérents entre eux, avec les organes voisins et la paroi antérieure du ventre, au moyen de fausses membranes ou de tissu cellulaire lâche. Le péritoine est presque partout d'un gris ardoisé, et le tissu cellulaire sous-séreux est injecté. Il y a un épanchement péritonéal assez abondant formé par un liquide séro-purulent d'une couleur grisâtre, sale, dans lequel nagent des flocons de diverses formes, des portions de pseudo-membranes. On trouve même, entre les intestins agglomérés, au milieu des adhérences, un assez grand nombre de foyers purulents. L'un d'eux pouvant loger un œuf de poule communiquait avec le thorax à travers une perforation du diaphragme. Un autre à peu près de la même capacité, placé dans un cul-de-sac recto-vaginal, s'ouvre dans le rectum. Enfin on trouve dans la partie supérieure du ligament large gauche la tumeur qu'on avait reconnue et incisée pendant la vie. Elle a le volume d'une moyenne pomme et renferme quelques cuillerées de pus grisâtre. Ses

parois épaisses de 3 millimètres offrent à leur face interne un aspect de membrane muqueuse et une teinte de gris foncé. Ses rapports sont les suivants. En dedans elle répond au bord gauche de l'utérus, qui est fortement incliné du côté droit, et à la collection purulente anté-rectale; en dehors, à la fosse iliaque gauche : sa paroi inférieure est formée, en grande partie, par la trompe et l'ovaire abaissés fortement (la face supérieure de ces organes qui est baignée par le pus présente la teinte de ce liquide et un léger degré de ramollissement); la paroi supérieure de la tumeur est en rapport avec le péritoine doublé de fausses membranes, l'antérieure répond au côté gauche de l'hypogastre, et on constate qu'elle a contracté des adhérences très-épaisses et très-solides avec la face postérieure de la paroi abdominale, au niveau de l'eschare. Dans aucun point de ces adhérences qui entourent l'ouverture pratiquée on ne trouve le moindre décollement, le plus petit pertuis. Le foyer en arrière est appuyé sur le rectum, avec lequel il a des adhérences partielles. Sur cette paroi postérieure recouverte de fausses membranes et un peu supérieurement, on découvre une perforation à bords amincis, ulcérés, du diamètre de 3 centimètres au moins, qui permet au liquide purulent de l'abcès de s'épancher dans le péritoine. L'utérus n'offre pas de lésion. Il en est de même de ses annexes du côté droit. La seule altération que présente le vagin, c'est une coloration rouge-brun de la membrane muqueuse. Rien d'anormal dans les autres organes.

— Cette observation offre plusieurs points intéressants à considérer. D'abord elle confirme pleinement l'idée émise par M. Piolay dans sa Thèse inaugurale, savoir : que l'inflammation de l'utérus précède presque toujours le phleg-

mon des annexes de cet organe, opinion qui est aussi émise dans l'ouvrage de M. Nauche sur les maladies de la matrice. Ensuite elle nous fournit un bel exemple d'ouverture spontanée d'abcès dans la cavité du péritoine. Cette perforation, qui coûta la vie à la malade, se fit par ulcération huit jours après l'opération. Les symptômes qui signalèrent sa formation surgirent tout à coup après une injection faite dans la cavité. On fut donc un moment porté à croire que, pendant les manœuvres qu'exigea l'injection, il s'était fait un décollement des adhérences établies entre la tumeur et les parois abdominales. Mais l'autopsie démontra plus tard qu'il n'en était rien. Plusieurs docteurs et entre autres M. Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, présents à l'examen de la pièce, ont vérifié avec nous l'intégrité des adhérences et ont reconnu que la perforation était placée sur la paroi postérieure de l'abcès, et un peu en haut ; ils ont vu enfin qu'elle était éloignée de la plaie des téguments de plus de 3 centimètres, profondeur à laquelle on ne faisait jamais pénétrer la canule de caoutchouc qui servait à conduire le liquide injecté. Si je n'attribue pas la perforation à une violence, je présume cependant que le jour où la péritonite a débuté si brusquement il est entré un peu d'eau tiède dans le péritoine pendant l'injection, malgré le peu de force avec laquelle celle-ci fut faite, car immédiatement la malade a éprouvé une sensation particulière, et une vive douleur dans le ventre, ce qui a engagé à suspendre l'injection au premier jet. Mais tout porte à croire que la perforation a été produite par ulcération. D'ailleurs, une lésion analogue existait dans deux abcès intra-péritonéaux dans lesquels on n'avait pas fait d'injection.

Enfin, le cas intéressant que nous venons de rapporter

prouve, avec beaucoup d'autres cités dans ce travail, qu'il est avantageux de donner, aussitôt qu'on le peut, issue au pus dans un point favorable à son écoulement. Il est très-probable, en effet, que le résultat eût été bien différent, s'il eût été possible d'ouvrir l'abcès par le vagin et d'éviter ainsi la stagnation du pus dans le fond du foyer; cette circonstance explique, jusqu'à un certain point, l'ulcération et la perforation de la paroi postérieure de la tumeur. Mais on a fait ce qui était possible : on a pratiqué l'ouverture sur une eschare profonde, à la région hypogastrique, peut-être à une époque où l'ulcération commençait déjà à se former. Toujours est-il que l'issue offerte par l'art n'a malheureusement pas empêché la perforation de se faire et la malade de succomber.

On peut rapprocher de ces cas d'abcès extra-péritonéaux une autopsie (1) qui fut faite en 1836 dans le service de M. Velpeau à la Charité. On trouva dans le petit bassin d'une femme une énorme collection de pus placée entre l'utérus et le rectum, et s'étendant jusque dans la fosse iliaque. Je suis fâché de n'avoir pas d'autres détails à ajouter.

Il me resterait à parler des abcès développés dans les organes du petit bassin, ou plutôt dans l'épaisseur de leurs parois. Mais ces affections, du reste très-rares, n'offrent aucune particularité à noter si ce n'est que quand elles sont placées entre les membranes de la vessie, ou du rectum, le pus est ordinairement disposé en nappe ou disséminé.

Si chaque espèce de tumeur fluctuante du petit bassin a, en quelque sorte, ses caractères anatomiques propres, il y a

(1) Thèse de M. Fichot.

certaines lésions qu'on peut rencontrer indifféremment dans toutes ces tumeurs. Ce sont : des traces de phlogose plus ou moins ancienne, des ramollissements, des ulcérations, des perforations même. On trouve souvent des solutions de continuité qui font communiquer la cavité d'une tumeur tantôt avec la séreuse péritonéale, tantôt avec l'extérieur. Dans ce dernier cas, si l'organe par l'intermédiaire duquel la communication s'est établie sert de réservoir à quelques matières excrémentitielles, il est possible qu'une quantité quelconque de ces matières pénètre dans la tumeur et y entretienne de l'inflammation. On trouve dans la science bon nombre d'exemples de ces sortes d'accidents, nous avons même eu déjà occasion d'en citer plusieurs. Ces solutions de continuité ne sont pas toujours le fait d'un travail inflammatoire, d'une ulcération; elles peuvent dépendre d'une rupture survenue accidentellement dans les parois de la tumeur, ou consister en un simple décollement des adhérences qui circonscrivent un foyer purulent dans le péritoine.

On rencontre très-fréquemment des altérations du côté du péritoine, de l'utérus, etc., dans les autopsies de tumeurs fluctuantes du bassin; mais ces complications, dont je ne dirai que quelques mots, sont les mêmes, que l'affection première soit un kyste ou un abcès.

J'ai parlé à l'article symptomatologie des troubles qu'on observe souvent dans les fonctions du rectum, de la vessie et de l'utérus, pendant le cours de ces maladies. A l'autopsie, on en trouve presque toujours l'explication dans quelques changements de rapport ou de forme survenus dans ces organes et produits par la tumeur.

La fin du gros intestin est quelquefois déviée latéralement,

et son calibre diminué ne permet souvent pas l'introduction du doigt. M. Andral (1) a vu un cas où, comme cause d'une très-ancienne constipation avec dépérissement progressif, on trouva dans l'excavation du bassin une poche volumineuse, pleine de pus, développée dans le péritoine, à parois dures, comme fibreuses ; elle occupait la place du rectum, qui, aplati sur elle comme un ruban, était fortement dévié à droite et n'était plus en rapport avec le sacrum.

On trouve souvent la vessie portée dans un sens ou dans l'autre ; elle est presque constamment déformée, déprimée : on a vu plusieurs fois sa cavité presque entièrement effacée par la compression. Lorsque la tumeur est volumineuse, et qu'elle descend assez bas dans la cavité du bassin, le canal de l'urètre est ordinairement déplacé : son extrémité vésicale est abaissée plus ou moins; de sorte que, pour pénétrer dans la vessie, l'algalie ne contourne plus l'arcade du pubis, mais suit une ligne oblique de haut en bas et d'avant en arrière. Dans quelques cas même ce canal est tellement tiraillé en bas, qu'il décrit une courbure à concavité antérieure. On conçoit qu'alors le bas-fond de la vessie doit aussi être considérablement abaissé, descendu du côté de la vulve. D'autres fois l'urètre est comprimé et aplati au point que le cathétérisme est tout à fait impraticable.

Nous avons déjà parlé des changemens que le vagin pouvait éprouver dans son calibre, et de la gêne qui en résultait pour la menstruation et toutes les fonctions génératrices. On observe aussi très-fréquemment, dans les mêmes cas, des déplacements, des inclinaisons ou des flexions de l'utérus.

(1) Clinique médicale, t. II, p. 725.

Mais il est trop facile de comprendre le mécanisme de tous ces changements de position et de forme, pour que je m'arrête plus long-temps à leur description.

Diagnostic.

Quand on cherche à reconnaître une tumeur anormale placée dans l'excavation du bassin, et lorsqu'on veut y constater d'une manière positive la présence d'un liquide, on est exposé à commettre une foule d'erreurs. Aussi est-il nécessaire d'en être averti, afin de se tenir sur ses gardes.

Par exemple, des matériaux destinés à être excrétés s'amassent souvent en plus ou moins grande quantité dans leurs réservoirs : ces organes distendus plus qu'à l'ordinaire peuvent alors simuler une tumeur morbide. La vessie, en particulier, lorsqu'elle est remplie d'urine, peut être très-facilement prise pour une tumeur fluctuante du petit bassin; et cette méprise est d'autant plus possible qu'en se développant, la vessie se porte quelquefois dans un des côtés de l'excavation pelvienne. Christian donne les caractères suivants pour distinguer le déplacement de cet organe : on trouve une tumeur qui s'étend sur le côté du bassin, jusqu'au sacrum; et quoique ses limites soient en général circonscrites, sa base est pourtant un peu diffuse. Son volume varie en raison de la quantité de fluide accumulé dans la poche. Si on l'examine pendant le travail de l'accouchement, on remarque que les contractions utérines lui donnent de la tension et une élasticité évidente. Après le cathétérisme, la tumeur s'affaisse complétement; et l'on peut sentir à travers ses parois, sur les côtés du vagin, la sonde se

porter d'avant en arrière, dans une direction horizontale, la convexité dirigée en bas.

C'est pour éloigner ces causes d'erreur, que j'ai dit plus haut qu'on devait toujours s'assurer de la vacuité de la vessie et du rectum avant de se livrer à un examen sérieux.

L'utérus développé par le produit de la conception, par un corps fibreux, par un polype ou par l'inflammation, a fait croire quelquefois à la présence d'une tumeur anormale dans le bassin. Les déplacements et les flexions de cet organe peuvent aussi en imposer. Mais, dans le plus grand nombre des cas, les moyens explorateurs que j'ai indiqués, et principalement les deux touchers pratiqués simultanément, permettent de distinguer l'utérus des tumeurs qui l'avoisinent.

Parmi les exemples multipliés de diagnostic difficile que je pourrais citer, et dans lesquels un organe quelconque du bassin a été pris pour une tumeur morbide, je rapporterai seulement celui-ci.

Une femme de 32 ans, blanchisseuse, ayant eu trois fausses couches et six enfants dont le dernier il y a huit mois, éprouva, depuis cette époque, une douleur dans le côté gauche du ventre, de la constipation, des envies fréquentes d'uriner, même dans la position horizontale, et elle toussa continuellement. Du reste, pas de gêne dans les mouvements du membre inférieur gauche, pas d'envies de vomir, ni de hoquet; mais ventre ordinairement développé et sensation de boules mobiles dans l'abdomen. Elle entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 12 (service de M. Récamier), dans l'état suivant : teint pâle, physionomie de souffrance, maigreur de tout le corps, respiration difficile et fréquente; toux, crachats muqueux; râles ronflants et sibilants dans

plusieurs points de la poitrine ; douleur dans le côté gauche de l'hypogastre exaspérée par le palper ; tumeur très-sensible, dure, placée dans la profondeur du petit bassin, du côté correspondant à la douleur.

Le toucher vaginal ne fait rien reconnaître d'anormal au col de l'utérus, si ce n'est qu'il est un peu porté à droite ; mais à sa gauche on sent une tumeur dure, globuleuse, du volume d'un petit œuf de poule, dont la position et les caractères sont constatés de même par le rectum. Constipation, un peu de frisson le soir, léger mouvement fébrile avec chaleur et suivi de sueurs.

On croit à un engorgement phlegmoneux du ligament large gauche commençant à suppurer (émissions sanguines locales. Bain. Cat. Lav.).

Quelques jours après, l'état de la malade s'est amélioré. On veut s'assurer des changements survenus dans la tumeur, et en pratiquant le toucher par le rectum et le vagin, ce qu'on n'a pas fait au premier examen, on ne trouve pas le corps de l'utérus à sa place ordinaire, et on constate que c'est lui-même qui, incliné à gauche, simule une tumeur du ligament large.

Cette femme se rétablit assez promptement de sa maladie, qui n'était autre chose qu'un déplacement de l'utérus avec péritonite chronique circonscrite. Toutefois, il faut dire qu'elle conserva son inclinaison de matrice, des adhérences solides s'étant formées, et qu'elle continua à souffrir encore pendant quelque temps en marchant.

Des tumeurs développées dans l'abdomen et descendues vers le détroit supérieur du bassin peuvent être confondues avec les mêmes affections procédant de l'excavation pelvienne et remontant dans le ventre.

Ainsi on a pris des kystes du foie, de la rate ou des épiploons pour des hydropisies enkystées de l'ovaire. Cependant, la direction qu'a suivie la tumeur en grossissant, les antécédents, le toucher et les autres modes d'exploration éclairent le plus souvent la question.

Une affection assez fréquente, et sur laquelle l'attention est fixée depuis plusieurs années, pourrait peut-être simuler plus facilement une tumeur du petit bassin, et en particulier un engorgement du ligament large. Je veux parler du phlegmon de la fosse iliaque. On reconnaîtra néanmoins la tumeur de l'excavation pelvienne qui remonte dans l'hypogastre (car c'est dans cette condition que la méprise est surtout possible) à sa situation moins latérale, à sa mobilité plus ou moins grande, à l'absence de symptômes du côté des membres inférieurs, œdème, engourdissement, douleurs, rétraction, claudication, symptômes sur lesquels M. Grisolle insiste beaucoup dans son mémoire. Le toucher fournira encore ici des renseignements, tandis qu'il n'en donne aucun dans le cas de phlegmon iliaque; à moins que celui-ci ou l'abcès qui lui succède ne s'étende jusque dans le ligament large, et ne s'approche ainsi du vagin et du rectum. D'autres circonstances serviront encore à faire cette distinction. D'abord le phlegmon de la fosse iliaque est bien plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; tandis que l'engorgement du ligament large ne s'observe nécessairement que chez cette dernière, et ordinairement à la suite des couches ou de troubles de la menstruation. Ensuite l'inflammation iléo-cœcale ne se montre jamais à gauche, tandis que l'engorgement du ligament large se rencontre aussi souvent d'un côté que de l'autre. Enfin, dans le premier cas, il y a des vomissements, de la fièvre,

et des alternatives de constipation et de diarrhée, accidents tout à fait exceptionnels dans le dernier et qui, lorsqu'on les observe, dépendent ordinairement d'une métrite coexistante.

Les difficultés qu'on rencontre dans certains cas pour trouver la fluctuation ont fait croire souvent à des tumeurs fibreuses ou cancéreuses de l'utérus et de ses annexes, à des dégénérescences des ganglions lymphatiques du bassin, enfin à des tumeurs solides quelconques, tandis qu'il existait une poche, à parois plus ou moins épaisses, renfermant un liquide, et susceptible d'être ponctionnée ou incisée avec succès. Je renvoie pour ce diagnostic aux procédés que j'ai indiqués à l'article *Symptomatologie*, procédés à l'aide desquels on s'assure de la fluctuation. J'ai cité à ce chapitre plusieurs circonstances qui peuvent gêner dans cette recherche difficile. J'ajouterai ici que la situation de la tumeur sur la partie latérale du vagin est une des plus mauvaises conditions qu'on puisse rencontrer, surtout quand on ne peut introduire plus d'un doigt dans le vagin. Cette condition fâcheuse s'est présentée dans les deux cas que je vais rapporter sommairement.

OBSERVATION SIXIÈME.

Abcès du petit bassin pris pour une affection cancéreuse de l'utérus. Incision de la tumeur devenue très-volumineuse, sortant par la vulve et présentant une fluctuation manifeste; suppuration abondante. Mort. Autopsie.

M. Nathalis Guillot donna des soins à une malade qui lui avait été adressée par un praticien fort recommandable comme atteinte d'un cancer de l'utérus. Cette femme, âgée

de 25 ans environ, d'une apparence de bonne santé et n'offrant pas le teint jaune-paille caractéristique, souffrait depuis plusieurs mois.

Elle fut examinée avec soin, et, en touchant par le vagin, on reconnut une tumeur proéminant fortement dans cette cavité. Sa base, très-large, était tournée à droite. Cette tumeur, qui remontait jusque dans le côté droit de l'hypogastre, était assez régulièrement sphéroïde, élastique, et M. Guillot crut même y rencontrer de la fluctuation. Il faut noter toutefois qu'un seul doigt servit à cette exploration, qui ne put être faite jusqu'au museau de tanche ; la tumeur exerçait une telle compression sur le vagin, qu'une sonde d'argent pouvait seule passer entre elle et les parois de ce canal. On songea à ouvrir la tumeur par le vagin ; mais le chirurgien qui avait adressé la malade ne fut pas de cet avis. Il persista à croire qu'on avait affaire à un cancer, la fluctuation étant équivoque pour lui et une sensation analogue à ce phénomène se rencontrant souvent dans certaines tumeurs encéphaloïdes. La ponction vaginale fut donc ajournée.

Cependant la tumeur grossissait tous les jours, devenait de plus en plus saillante dans le vagin. Enfin, elle sortit par la vulve; et l'examen étant alors des plus faciles, la fluctuation fut évidente pour tous. On fit l'ouverture sur la partie déclive de la tumeur, au dehors des organes génitaux. Il s'écoula à l'instant une grande quantité de pus, et on fut obligé de reconnaître dans cette tumeur un abcès ou un kyste en suppuration.

L'opération très-simple fut faite sans accidents ; mais par la suite, la tumeur suppura beaucoup et long-temps, la femme s'affaiblit progressivement et mourut.

M. Guillot, qui m'a raconté lui-même ce fait, pense que l'entrée de l'air dans le foyer a été une des causes principales de la mort.

L'autopsie permit de constater que le kyste était placé dans le ligament large droit, et fit présumer qu'il avait pris naissance dans l'ovaire correspondant.

En réfléchissant à ce cas digne d'intérêt, on peut se demander si l'ouverture n'a pas été trop tardive. En effet, à l'époque de l'opération, la tumeur avait acquis un développement considérable, la femme avait déjà perdu de ses forces, et sa santé était notablement altérée. Toutes ces conditions étaient peu avantageuses pour la guérison.

Dans des circonstances analogues, le toucher étant insuffisant pour poser le diagnostic, on devra s'appuyer sur certains renseignements tirés de l'âge de la malade, de son teint, de la nature des symptômes et de leur marche. La ponction exploratrice ne pourrait-elle pas aussi aider beaucoup le praticien embarrassé ?

Le second fait, extrêmement heureux pour le résultat, est celui-ci.

OBSERVATION SEPTIÈME.

Kyste acéphalocyste du petit bassin incisé largement au travers des parois du vagin. Guérison.

M. Roux voulant un jour extirper une tumeur dure, rénitente, placée sur le côté droit du vagin et remontant jusqu'au dessus du pubis, incisa le vagin dans toute sa hauteur. Ce habile chirurgien croyait à une tumeur solide; mais, au premier coup de bistouri, il s'écoula une grande

quantité de liquide incolore et des milliers d'acéphalocystes de toute grosseur. On agrandit l'ouverture, et alors une membrane d'un blanc perlé vint se présenter sur les bords de la plaie. On la saisit avec des pinces, et, en faisant de douces tractions, on la détacha peu à peu et on finit par l'amener tout entière au dehors. Cette membrane, qui tapissait la face interne du kyste, était très-grande et constituait sans doute ce que les auteurs nomment acéphalocyste-mère. On remplit la plaie de bourdonnets de charpie; les jours suivants on fit des injections, et la guérison ne se fit pas attendre (Clinique des Hôpitaux. Tome II, n° 46).

Pronostic.

D'après tout ce que nous avons dit précédemment, il est facile de se convaincre que les tumeurs fluctuantes de l'excavation du bassin sont toujours des affections dangereuses. Cependant leur degré de gravité varie beaucoup suivant leur nature, leur volume et leur position. Toutes ne compromettent pas la vie des malades à la même période de leur développement.

Ainsi, un kyste séreux ou acéphalocyste, bien qu'il puisse déterminer la mort, offre néanmoins un danger moins grand et surtout moins imminent qu'un abcès; mais, en revanche, celui-ci présente plus de chances de guérison par ouverture naturelle ou artificielle.

Ce qui rend la gravité de l'abcès plus grande, c'est qu'il se développe ordinairement dans des circonstances défavorables : comme l'état puerpéral, ou une disposition phlegmasique existant dans tout le bassin; qu'il est précédé de symptômes inflammatoires quelquefois très-intenses, et qu'il

s'accompagne nécessairement d'accidents plus ou moins redoutables de suppuration.

Quoi qu'il en soit, ces tumeurs, kystes ou abcès, ont plus de gravité quand elles existent dans la cavité péritonéale que lorsqu'elles sont situées sous le péritoine. Dans le premier cas la moindre rupture des parois de la poche, le moindre décollement des adhérences qui circonscrivent le liquide produit un épanchement suivi immédiatement de péritonite. En outre, l'inflammation de la tumeur peut se communiquer plus facilement au péritoine voisin et de là à toute la membrane séreuse. Enfin, ce qui rend encore le pronostic des tumeurs intra-péritonéales plus fâcheux, c'est qu'on peut rarement les attaquer par le vagin, à cause de leur situation plus élevée.

Les tumeurs extra-péritonéales, au contraire, exposent moins à la péritonite par extension de la phlegmasie ou par épanchement; elles descendent souvent assez bas pour permettre de pratiquer une opération sur laquelle je vais insister d'une manière particulière.

J'ajouterai que parmi les abcès extra-péritonéaux, comme parmi les autres, ceux qui sont constitués en foyer offrent moins de danger que ceux qui sont diffus, à cause des fusées purulentes et des décollements auxquels on est exposé dans le dernier cas.

Il est presque inutile de rappeler ici que, pour pouvoir prédire l'issue des tumeurs fluctuantes du petit bassin, on doit, comme dans toutes les maladies, tenir compte de l'âge du sujet, de sa constitution, des antécédents, des complications, etc... On doit aussi faire tous ses efforts pour s'assurer si l'abcès est idiopathique ou s'il dépend d'une autre affection, comme une tumeur blanche de l'articulation coxo-

fémorale, une carie des os du bassin ou des vertèbres. Tout le monde sait, en effet, que les abcès symptomatiques sont toujours très-graves.

Traitement.

Avec le diagnostic, la thérapeutique est assurément la partie la plus importante de l'histoire des tumeurs fluctuantes de l'excavation pelvienne. Je ne parlerai pas des moyens médicaux qui sont conseillés dans tous les auteurs et employés journellement pour la cure de ces affections. Mais je m'étendrai sur le traitement chirurgical ; persuadé que lorsqu'une tumeur fluctuante est bien caractérisée et qu'on veut tenter quelque chose, le seul moyen sur lequel on puisse raisonnablement compter est une opération. En effet, que désire le chirurgien dans cette circonstance : c'est l'évacuation du liquide, puis le recollement des parois de la tumeur ; et je ne pense pas que par aucun moyen médical on puisse arriver à ce double résultat.

Nous avons vu plus haut que la nature faisait les frais de la guérison dans beaucoup de cas ; le moment est arrivé de se demander s'il faut se confier entièrement à ses seuls efforts, ou s'il est possible et avantageux de faire intervenir l'art chirurgical. Cette question n'est pas résolue de la même manière par tous les praticiens.

Et d'abord, pour les abcès du petit bassin, quelques-uns sont d'avis de les abandonner à eux-mêmes et d'attendre l'ouverture spontanée. Les autres beaucoup plus nombreux préfèrent les ouvrir dès que la fluctuation est bien évidente, plutôt que de s'exposer à une foule d'accidents graves qui

peuvent arriver lorsqu'on reste inactif. M. Velpeau (1), madame Boivin (2), et beaucoup d'auteurs dont je citerai les noms à propos de l'ouverture vaginale, conseillent cette pratique. M. Récamier surtout la recommande et la suit depuis longues années; ses succès nombreux, dont j'ai été souvent témoin, militent en faveur de cette méthode.

Bossu, Martin de Bordeaux et Pujol (3) l'ont mise en usage dans des cas d'épanchements circonscrits de péritonite, et ils ont guéri leurs malades; aussi M. Baudelocque regarde-t-il la question de l'ouverture artificielle, dans ces affections, comme décidée d'une manière affirmative.

Dans son mémoire sur les abcès de la fosse iliaque, qui ont tant de points de contact avec ceux du petit bassin, M. Grisolle (4) discute ce point intéressant de pratique et conclut aussi en faveur de l'ouverture artificielle.

L'efficacité de cette thérapeutique pourrait, je crois, être suffisamment jugée par la lecture des observations consignées dans ce mémoire; qu'il me soit seulement permis de rappeler sommairement les nombreux dangers auxquels on est exposé quand on abandonne les abcès du bassin à eux-mêmes. Le tableau de ces accidents fera ressortir les avantages qu'on retire de l'ouverture artificielle pratiquée à temps et convenablement.

---

(1) Leçons orales, novembre 1839, et Dictionn. de méd., t. XXII, art. *Ovarite*.

(2) Ouvrage cité, art. *Abcès de l'ovaire*.

(3) M. Baudelocque, ouvrage cité, p. 468.

(4) Archives générales de médecine, 1839 (les trois premiers mois).

Si on attend que l'abcès s'ouvre de lui-même, il peut se faire que la malade succombe à une péritonite par extension de l'inflammation, ou aux accidents généraux qu'entraîne la présence d'une certaine quantité de pus dans l'économie. Il peut arriver que l'épaisseur, souvent très-grande, des parois de la poche empêche ou retarde beaucoup la formation de l'ouverture spontanée. Ensuite le pus, au lieu de se créer une issue au dehors, se dirige quelquefois du côté du péritoine et en s'épanchant dans la cavité de cette séreuse produit une inflammation mortelle, comme on peut le voir aux chapitres Terminaison et Anatomie pathologiques.

Quand l'ouverture se fait à la peau ou dans une cavité muqueuse, ce qu'on regarde comme une circonstance très-heureuse, elle arrive souvent à une époque trop avancée, lorsque la tumeur a pris un grand développement ou après que le pus s'est étendu au loin, à travers le tissu cellulaire, en produisant des décollements et des désordres irréparables. Enfin, dans beaucoup de cas, au moment de cette ouverture spontanée, le sujet considérablement affaibli par une maladie longue et miné par la fièvre hectique n'est plus en état de faire les frais de la guérison.

En effet, après l'évacuation du foyer, la suppuration continue souvent pendant un temps plus ou moins long, parfois elle est abondante et entretenue par des fistules interminables. Ces pertes continuelles augmentent la faiblesse de jour en jour, et finissent par faire succomber bon nombre des malades dans le marasme le plus effrayant.

En 1837, M. Velpeau, en examinant une femme qui portait un abcès du petit bassin, trouva une fluctuation évidente par le vagin. Il voulut pratiquer une ouverture par

cette cavité; mais la malade s'y refusa et mourut d'épuisement, le pus s'étant fait jour au travers de la peau, à la région iliaque, et la suppuration ayant duré trop long-temps (Thèse de M. Piotay).

Il arrive encore fréquemment que l'abcès s'ouvre dans un point défavorable à l'écoulement du pus et que ce liquide séjourne dans une sorte de cul-de-sac. C'est dans cette condition, qui empêche le foyer de se vider complétement, qu'on voit surtout survenir la viciation du pus, l'inflammation des parois de l'abcès, les symptômes de résorption purulente et de fièvre hectique.

Enfin, quand la communication se fait avec une cavité muqueuse, comme la vessie ou le gros intestin, des substances étrangères, de l'urine, des matières fécales peuvent pénétrer dans l'intérieur du foyer, où elles entretiennent de l'inflammation. On observe alors souvent des accidents qu'on ne sait comment expliquer pendant la vie.

Une diarrhée qui remontait à plus d'un an, et dont on n'avait pu assigner la cause, produisit à la longue un épuisement mortel chez les deux malades dont M. Camus a présenté les lésions cadavériques à la Société anatomique en 1833. Ces lésions étaient, comme je l'ai déjà dit, deux kystes de l'ovaire communiquant avec le rectum et renfermant des matières fécales.

Après ce genre de terminaison, lorsque la suppuration continue, l'écoulement du pus ne se fait quelquefois que d'une manière intermittente. On en trouvera un exemple remarquable dans l'observation XIV. M. Chomel cite aussi dans ses Leçons cliniques deux malades de sa clientelle qui, atteintes d'abcès du petit bassin, avaient un écoulement purulent chaque deux ou trois mois, à la suite d'une tumé-

faction plus considérable que de coutume dans la fosse iliaque. Cet état durait chez l'une d'elles depuis deux ans, et chez l'autre depuis huit ans, sans qu'aucun moyen eût pu le modifier (Thèse de M. Fichot).

Dans tous les cas, lorsque l'abcès s'ouvre spontanément, la guérison se fait toujours attendre beaucoup, c'est-à-dire deux ou trois mois, souvent six et même sept, comme on peut le voir dans la thèse que je viens de citer.

Au contraire, quand on pratique, à temps et avec les précautions nécessaires, l'ouverture de l'abcès dans le point où la fluctuation se prononce mieux, et qu'on devance ainsi la nature en suivant sa tendance, on soulage immédiatement la malade, on fait cesser les symptômes de suppuration, et on évite presque toujours les dangers mentionnés plus haut. Le sujet, quand on l'opère, a encore des forces, il est dans des conditions favorables à la guérison. De plus, l'ouverture linéaire qu'on pratique a beaucoup plus de tendance à se cicatriser que la plaie qui se fait spontanément, par ulcération, souvent avec perte de substance et avec des bords amincis.

On évite aussi, par ce moyen, les affections chroniques du col utérin, les catarrhes interminables du rectum, de la vessie, du vagin et de l'utérus. Ces lésions, qui peuvent compromettre, à la longue, l'existence des malades, ont été souvent observées par M. Gendrin dans des cas d'abcès ouverts spontanément dans les viscères que je viens de nommer (1). Elles dépendent très-probablement du contact du pus avec la muqueuse qui tapisse l'intérieur de ces organes, contact qui dure jusqu'à ce

(1) Thèse de M. Fichot.

que l'ouverture de la tumeur soit complétement fermée.

Nous n'avons pas vu ces accidents se produire chez nos malades opérées par le vagin, sans doute parce qu'elles ont été guéries en peu de temps, sans conserver de fistule.

En ouvrant les abcès dans un point accessible, on a de plus l'avantage immense de pouvoir injecter dans leur intérieur des liquides de diverses natures pour déterger, modifier leur face interne et empêcher l'introduction de l'air.

Ce que j'ai dit des abcès peut s'appliquer en grande partie aux kystes fluctuants. Je sais que pour ceux-ci le danger est moins imminent, mais nous avons vu qu'ils pouvaient, à toutes les époques de leur développement, produire des accidents mortels, en tout semblables à ceux des abcès.

S'il existe des cas dans lesquels on peut opter entre l'ouverture artificielle et l'ouverture naturelle, il en est d'autres où le choix n'est pas permis. Ce sont les cas de tumeurs du petit bassin coïncidant avec la grossesse, gênant le développement de l'utérus et prédisposant à l'avortement, ainsi que l'a démontré madame Boivin dans son mémoire. Mais c'est surtout quand la tumeur met obstacle à la parturition que l'opération est nécessaire. Nous avons parlé des observations de Parck, Merriman et autres auteurs; nous citerons bientôt deux faits qui appartiennent à Lever et à Neuman, et dans lesquels une tumeur fluctuante produisant la distocie fut ponctionnée avec succès par le vagin.

M. Velpeau, dans son *Traité d'accouchement*, cite un grand nombre d'exemples de tumeurs du bassin empêchant ou rendant dangereuse la sortie du fœtus, et conseille de les vider ou de les extraire.

On conçoit, en effet, que dans un danger aussi grand et aussi imminent il est nécessaire de faire disparaître l'obstacle

le plus tôt possible, sous peine de laisser périr la mère ou l'enfant, quelquefois l'un et l'autre, et on comprend que pour arriver à la délivrance une opération est indispensable.

De même, lorsqu'un abcès tarde trop à se faire jour au dehors et entraîne des accidents graves, tels que ceux de la fièvre hectique, on est obligé de tenter quelque chose pour la malade, surtout quand elle est sur le point de succomber.

Enfin il arrive souvent qu'un kyste du bassin, de l'ovaire, par exemple, acquiert un développement considérable et compromet l'existence en troublant certaines fonctions, par la compression violente qu'il exerce sur les parties voisines. Alors, la malade suffoquant, en proie à une vive douleur et demandant avec instance du soulagement à ses maux, on est forcé de pratiquer l'ouverture du kyste.

Étant donnée une tumeur fluctuante du petit bassin, si, par une raison quelconque, on est conduit à en pratiquer l'ouverture, on doit choisir le point où la fluctuation est le plus évidente, le plus superficielle, et celui où on a le moins de chance de léser le péritoine, une artère, ou un organe important. Quand on a le choix, on doit aussi préférer la partie la plus déclive de la tumeur, afin de rendre l'écoulement du liquide plus facile.

La fluctuation se prononce-t-elle à l'hypogastre, vers les fosses iliaques ou au-dessus du ligament de Poupart, c'est là qu'on pratiquera l'ouverture, si la sensation du flot n'est pas perçue par le vagin.

Je ne veux pas décrire cette opération ; je me contenterai de dire que, comme on n'est jamais absolument sûr qu'il y ait des adhérences solides et assez étendues entre la tumeur

et les parois abdominales, il est prudent de chercher d'abord à produire ces adhérences indispensables.

On fait donc, sur le point qu'on a choisi pour l'ouverture, une eschare plus ou moins large, au moyen du caustique de Vienne ; et, suivant la profondeur à laquelle on veut arriver, on fait une seule application de caustique, ou on en fait plusieurs, à un jour d'intervalle.

J'ajouterai, à propos de ce moyen préparatoire, que lorsqu'on répète la cautérisation, il est avantageux, au lieu d'enlever toute l'eschare, de n'en exciser que la partie moyenne, et de laisser ainsi à la circonférence une lisière mortifiée, large de plusieurs millimètres. Cette espèce de bordure garantit parfaitement la peau et les parties circonvoisines vivantes de l'action du caustique dans l'application suivante.

Quand on est arrivé très-près du foyer, et qu'on suppose les adhérences formées, ce qu'on reconnaît ordinairement à l'impossibilité de faire glisser les parois abdominales sur la tumeur, on pratique sur l'eschare ou dans le fond de la perte de substance, une ponction ou une incision. Mais jamais on ne doit donner issue au liquide à travers les parois du ventre, sans avoir cherché soigneusement si la fluctuation se prononce dans le vagin ; car alors il est préférable de pratiquer l'ouverture par ce canal auquel correspond la partie déclive de la tumeur.

Cette opération, qui remonte à Callisen (1), est généralement peu connue, et encore moins employée. C'est pourquoi je vais entrer dans quelques détails en la décrivant.

Vers la fin du siècle dernier, elle a été pratiquée par

---

(1) Systema chirurgiæ hodiernæ, t. II, p. 59.

Macarn (1), et depuis cette époque par Pelletan (2), Dupuytren (3), Alph. Leroy (4), Neuman (obs. XVIII), Lever (obs. XVII), Merriman (5); par MM. Roux (obs. VII), Velpeau (6), P. Dubois (obs. XVI), Nonat (obs. XIX), plusieurs fois par M. Robert (obs. XIV), et tout dernièrement par M. Monod (obs. XV).

Mais c'est, sans contredit, M. Récamier qui a le plus souvent pratiqué cette opération. Pour ma part, je connais huit des faits nombreux dans lesquels cet habile praticien a employé la ponction ou l'incision vaginale (obs. I, II,

---

(1) Macarn, chirurgien de Turin, écrivit en 1788, à l'Académie de chirurgie, une lettre dans laquelle il disait avoir trois exemples de paracentèse pratiquée par le vagin chez la femme et par le rectum chez l'homme. A cette occasion le chirurgien Allan rappela à l'Académie qu'en 1767 il avait présenté à la compagnie un mémoire dans lequel il recherchait si la paracentèse exécutée de cette manière ne réussirait pas mieux que lorsqu'on la pratique en divers points de la circonférence du ventre (Sabatier, *Médec. opér.*, t. I, p. 210).

(2) Une femme portait une tumeur dans la paroi gauche du vagin; Dupuytren croyait à une hernie. Pelletan, en l'incisant largement par le vagin, démontra que c'était un kyste (Gaz. méd., 1835, p. 544).

(3) Leçons orales, t. III, p. 531, édit. 1839.

(4) M. Alph. Leroy pratiqua par le vagin, à l'aide du pharyngotome, l'ouverture d'un abcès du petit bassin; la femme se rétablit bien (Mém. de M. Baudelocque, p. 474).

(5) Méd. chir. Transact., vol. X.

(6) Dans sa *Médecine opératoire*, t. IV, p. 350, M. Velpeau dit: « En plongeant un bistouri dans le cul-de-sac recto-vaginal, j'ai » guéri une dame d'un énorme foyer sanguin, et plusieurs autres » malades, qui ont ensuite rendu par cette voie une quantité con- » sidérable de pus. »

VIII, IX, X, XI, XII, XIII), et ce sont autant de succès. En les publiant avec ceux que j'ai pu trouver dans la science, ou qui m'ont été communiqués par des chirurgiens, j'espère encourager les praticiens à se servir de ce procédé opératoire qui est, je crois, destiné à prendre un rang distingué dans la thérapeutique chirurgicale.

Cette dernière opinion est, du reste, entièrement pratiquée par MM. Tavignot (1) et Camus (2), qui se sont occupés de tumeurs fluctuantes du bassin et de leur ouverture par le vagin.

Cette opération, conseillée par MM. Laugier (3) et Migaud (4) dans différents articles scientifiques, consiste à traverser les parois du vagin avec un instrument tranchant pour atteindre une tumeur fluctuante placée au voisinage de ce canal (5).

Le procédé opératoire, quoique simple, exige néanmoins de grandes précautions, et je pense qu'il est utile de le décrire avec détails.

---

(1) M. Tavignot, dans les conclusions de son mémoire, dit que la ponction vagino-ovarienne, toute récente encore, semble appelée à d'heureux résultats.

(2) En terminant son travail, M. Camus dit : De la comparaison des faits que je viens de citer, et de beaucoup d'autres inscrits dans la science, on peut déduire le corollaire suivant : que l'évacuation artificielle de ces tumeurs (abcès) par le vagin est préférable à l'évacuation spontanée par le rectum, et qu'on ne doit désirer celle-ci que dans les cas où la tumeur est inaccessible par le vagin.

(3) Dict. méd., t. v, p. 68.

(4) Dict. des Étud. méd. prat., art. ABDOMEN.

(5) Une opération analogue est recommandée par les auteurs dans les cas de grossesse extra-utérine placée entre le rectum et le vagin.

Et d'abord, pour ne pas s'exposer à des lésions graves, on doit, avant d'opérer, se rappeler parfaitement les rapports du rectum et de la vessie avec le vagin, et la manière dont le péritoine se comporte à l'égard de ce dernier organe. Tout le monde sait qu'il tapisse le quart, quelquefois même le tiers supérieur de sa paroi postérieure, au niveau du cul-de-sac recto-vaginal. Cette disposition du péritoine paraîtrait devoir empêcher de pratiquer l'ouverture du vagin dans certains cas. Mais, j'ai déjà dit que lorsqu'une tumeur se développait dans le tissu cellulaire du côté du petit bassin, elle soulevait plus ou moins le péritoine pelvien. J'ajouterai ici qu'il arrive dans ce cas ce qui arrive quand la vessie se remplit d'urine. On sait qu'elle remonte dans l'hypogastre derrière la paroi abdominale, en refoulant supérieurement le péritoine, qu'elle décolle, en quelque sorte; d'où il résulte la possibilité de pratiquer la taille sus-pubienne. Un déplacement du péritoine, analogue à celui-là, se produisant lorsqu'une tumeur se développe derrière le vagin, on conçoit qu'il est possible de pratiquer l'ouverture sur tous les points de la paroi postérieure de ce canal, sans craindre de pénétrer dans la cavité péritonéale.

Il arrive quelquefois qu'on n'est pas absolument sûr de la situation de la tumeur par rapport au péritoine; mais ces cas sont fort rares; car, toutes les fois que la tumeur fait une saillie bien prononcée dans le vagin, qu'elle semble faire corps avec lui, on a déjà beaucoup de présomption pour croire qu'elle est placée sous le péritoine, ou qu'au moins, si elle est renfermée dans sa cavité, des adhérences se sont établies entre elle et le feuillet séreux du cul-de-sac recto-vaginal. On acquiert encore plus de certitude quand, en percutant la tumeur par le vagin, on ne perçoit pas une

sensation analogue au ballottement de la grossesse, et enfin lorsque ses rapports avec le vagin ne changent pas dans les différentes positions qu'on fait prendre à la malade.

J'ai dit qu'en supposant la tumeur intra-péritonéale, si elle présente les caractères que je viens d'indiquer, elle est adhérente au vagin. C'est du moins ce qui arrive le plus ordinairement lorsqu'on a affaire à un abcès.

En effet, que ce soit une ovarite ou une péritonite circonscrite qui ait produit la collection purulente, le travail inflammatoire détermine presque nécessairement des adhérences entre le foyer et le vagin qui lui est adjacent.

Restent maintenant les kystes des annexes de l'utérus qui sont libres dans la cavité abdominale. Quant à ceux-là, il est évident que, pour les atteindre par le vagin, on est obligé de traverser le péritoine. Aussi ne doit-on les ouvrir par ce procédé que lorsqu'ils font une saillie marquée dans le vagin, et qu'on y rencontre une fluctuation bien évidente. Dans ce cas, on ne court pas plus de danger pour l'épanchement abdominal en les opérant de cette manière, qu'en les ouvrant à travers les parois du ventre, comme on le fait journellement; et même, par le premier procédé, on a l'avantage immense qu'offre une ouverture placée à la partie inférieure de la tumeur, pour l'écoulement libre et complet du liquide.

On doit encore, avant de pratiquer l'opération, s'assurer par le toucher de la position exacte des artères utérines, qui sont souvent volumineuses dans les affections dont il est ici question. De tout temps on a observé et noté un développement vasculaire quelquefois considérable dans les kystes de l'ovaire. J'ai remarqué ce développement anormal dans plusieurs cas d'engorgements phlegmasiques du petit

bassin. Il m'est arrivé plusieurs fois de sentir, avec le doigt, les battements d'une ou de plusieurs artères sur les côtés du col utérin. On comprend qu'il est nécessaire de s'en éloigner toujours le plus possible pour éviter une hémorrhagie qui pourrait devenir mortelle.

Pour pratiquer, par le vagin, l'ouverture d'une tumeu fluctuante du petit bassin, on se sert d'un long trois-quarts ou d'un bistouri garni convenablement de linge.

M. Récamier emploie habituellement un instrument qu'il a imaginé et qui a de l'analogie avec le pharyngotome. Il consiste en un bistouri convexe dont la pointe et le tranchant sont masqués à volonté par une lame d'argent de même forme, mais un peu plus large. Cette lame glisse sur le dos du bistouri au moyen d'une coulisse, et se termine, du côté du manche, par un prolongement qui sert à le faire mouvoir (1).

La femme étant couchée sur le dos, les cuisses et les jambes écartées, demi-fléchies, et les mains d'un ou de plusieurs aides pressant de haut en bas sur le ventre, M. Récamier procède de la manière suivante (2) : il introduit l'index de la main gauche dans le vagin et reconnaît exactement le point sur lequel il veut agir. Alors il fait pénétrer l'instrument dans la même cavité, en suivant la pulpe du doigt. Pen-

---

(1) Voir planche II, figure 4, vol. II, *Recherches sur le traitement du cancer*, par M. Récamier. L'auteur n'a apporté depuis qu'une légère modification à cet instrument. Il a fait donner plus de longueur au prolongement postérieur de la gaîne, afin d'agir de plus loin sur celle-ci.

(2) Je décris le procédé de M. Récamier, parce que c'est celui que j'ai vu employer le plus souvent, et parce qu'il me paraît réunir tous les avantages désirables.

dant cette introduction la lame est maintenue cachée ; mais, arrivé à une profondeur convenable, il la démasque d'une certaine longueur et la plonge dans la tumeur jusqu'à ce qu'il éprouve la sensation d'une résistance vaincue, et qu'il sente ou voie un liquide s'écouler.

La boutonnière qu'il résulte de cette ponction est faite ordinairement dans le sens vertical, afin d'éviter plus sûrement les artères utérines. Alors, l'instrument étant retiré avec les mêmes précautions que lors de son introduction, on reconnaît, avec le doigt, la longueur de la solution de continuité, l'épaisseur et la résistance des parois de la tumeur.

Si, pour quelques motifs, on veut agrandir la plaie, on incise ses angles avec un bistouri boutonné coupant seulement dans l'étendue de deux ou trois centimètres, vers son extrémité, et conduit à plat sur la pulpe de l'index. On ferait pénétrer, de la même manière, un bistouri droit ordinaire, si on n'avait pas le pharyngotome de M. Récamier pour pratiquer la ponction de la tumeur.

Dans les divers temps de l'opération, il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin.

Quand on opère sur la paroi postérieure du vagin, par exemple, on doit, avant d'agrandir la première ouverture, reconnaître par le rectum à quelle distance de cet intestin se trouve l'angle inférieur de la plaie.

Lorsqu'on rencontre un liquide épais, visqueux, qui s'écoule difficilement, on lance avec assez de force, dans le foyer, à l'aide d'une seringue, une certaine quantité d'eau tiède qui délaye et entraîne la matière contenue. M. Réca-

mier, dans un cas (obs. X), a broyé, détaché, avec le doigt, du sang caillé qui adhérait aux parois de la tumeur.

Dans tous les cas, on facilite l'écoulement du liquide en pressant sur le ventre; on continue cette compression en appliquant, immédiatement après l'opération, un bandage de corps bien serré qui refoule les viscères abdominaux de haut en bas du côté de la tumeur. Une pyramide de compresses placée au niveau de celle-ci, sous le bandage de corps, la comprime directement.

De cette manière, on sollicite le retrait de la tumeur et on diminue déjà les chances de l'introduction de l'air dans le foyer, circonstance qui expose, comme on sait, à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur, etc.

Outre la compression, M. Récamier recommande d'autres moyens préventifs auxquels il attache beaucoup d'importance. Il fait faire deux ou trois fois par jour des injections d'eau tiède dans l'intérieur de la poche., et il recommande de tenir celle-ci remplie d'eau. Pour arriver à ce but, il faut avoir soin de pousser la fin de l'injection avec très-peu de force, afin de ne pas mettre en jeu l'élasticité des parois de la tumeur et de ne pas établir un courant rapide; de plus, on doit maintenir le siége de la malade élevé sur des coussins, de manière que l'ouverture de la tumeur soit continuellement placée le plus haut possible, par rapport à son bas-fond.

La compression du ventre, les injections et la position indiquée doivent être continuées tant que la tumeur a des parois trop épaisses, et trop résistantes pour revenir suffisamment sur elle-même. Mais lorsque ces parois ont perdu de leur épaisseur, qu'elles ont acquis assez d'élasticité pour

suivre le retrait du liquide, ou qu'enfin elles se sont rapprochées et agglutinées presque complétement, on permet à la malade de quitter sa position, qui est toujours difficile à garder.

On continue cependant les injections jusqu'à la disparition complète de la cavité. Elles ont, outre les avantages dont nous avons déjà parlé, celui d'empêcher l'ouverture de se fermer trop tôt. La canule de la seringue introduite fréquemment remplace avantageusement les sondes que quelques chirurgiens placent à demeure dans la plaie, pour en prévenir l'oblitération trop prompte (Obs. XIV, XV et XX). Les sondes, en effet, sont souvent très-difficiles à maintenir dans l'ouverture, surtout quand la cavité de la tumeur est beaucoup rétrécie.

Cependant, si on pratiquait une ponction simple à l'aide d'un trois-quarts, il faudrait faire tous ses efforts pour laisser la canule dans la plaie jusqu'à entière guérison. Car si elle sortait avant, on courrait la chance de ne plus pouvoir la replacer (obs. XIV) ou de pénétrer dans le péritoine, en faisant des tentatives pour l'introduire de nouveau (Obs. XX).

Pour n'omettre aucun détail de quelque importance, j'ajouterai ici qu'en faisant les injections, il faut avoir soin de pousser le liquide jusqu'au bout de la canule avant de l'introduire ; de conduire et de diriger celle-ci sur la pulpe du doigt, pour arriver directement dans la plaie, sans tâtonner, et pour éviter de faire souffrir la malade. Je recommanderai enfin de ne pas pousser le piston de la seringue jusqu'au bout, une certaine quantité d'air étant placée ordinairement entre la surface du liquide et ce piston ; sans cette précaution, on s'exposerait à lancer de l'air dans la cavité de la tumeur, ce qu'on doit toujours craindre.

Dans les jours qui suivent l'opération, des bains, des cataplasmes et les autres moyens adoucissants sont ordinairement nécessaires. Il est inutile de dire que s'il arrive des complications, on les combat comme à l'ordinaire.

Aussitôt que la malade est en état de digérer, on doit s'empresser de la nourrir ; et même quand la faiblesse et l'épuisement sont considérables, on est souvent obligé d'employer les toniques et un régime très-fortifiant.

Si l'ouverture restait fistuleuse, on ferait dans le foyer des injections d'eau salée, acidulée, ou chargée de principes plus ou moins irritants ; on recommanderait à la malade de chercher à prendre de l'embonpoint. Je pense même que, dans ces cas, une grossesse pourrait bien avoir une heureuse influence sur la guérison. Boyer et M. Rayer ont conseillé ce moyen à deux femmes qui portaient des fistules à la paroi abdominale antérieure, et ils ont obtenu chacun un succès.

Quelquefois, malgré tout ce qu'on peut faire, les fistules persistent indéfiniment. Mais ces lésions ont été observées à la suite des ouvertures spontanées, tandis que nous ne les avons jamais vues se produire après l'ouverture artificielle pratiquée par le vagin. Cette circonstance digne de remarque prouve encore en faveur de la thérapeutique chirurgicale que nous recommandons spécialement dans ce travail, et dont la valeur pourra être encore appréciée dans les observations suivantes.

OBSERVATION HUITIÈME.

Abcès situés derrière l'utérus et dans le ligament large ; ouvertures pratiquées par le vagin. — Guérison.

Une femme de 31 ans, parfumeuse, entre le 22 janvier

1840 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Lazare (service de M. Récamier). Elle est habituellement d'une bonne santé et bien réglée. Elle fit, il y a un an et demi, une fausse couche dont elle s'est bien rétablie, et en peu de temps. Il y a trois semaines, après un retard de huit jours, ses règles vinrent abondamment avec des douleurs dans le côté gauche du ventre et se prolongèrent en pertes. Le 19 janvier il survint de la fièvre; en même temps la malade sentit une tumeur dans le côté gauche de l'hypogastre avec douleurs lancinantes. A son entrée, on constate que cette tumeur est extrêmement sensible et qu'elle fait une saillie marquée sur la peau. Elle s'étend jusqu'à la ligne médiane; elle est un peu mobile, dure et bilobée, de manière à présenter une portion inférieure profonde et médiane, et une portion supérieure plus superficielle et latérale. On retrouve ces caractères par le rectum et le vagin, et en faisant cette exploration, on trouve de la fluctuation dans la tumeur médiane. Le col utérin est normal, mais sur ses côtés on sent battre deux artères volumineuses. Émission des urines difficile et constipation depuis trois ou quatre jours; pesanteur sur le siége, douleurs dans les lombes, la cuisse et l'aine, du côté gauche. Un peu de fièvre; faiblesse considérable. (Bain. Cat. Lav. Laxat.)

Le 1er et le 2 février, il survint des frissons irréguliers. Le 3, M. Récamier toucha de nouveau, et, trouvant une fluctuation évidente derrière le col de l'utérus, il pratiqua une incision verticale sur le milieu de la paroi postérieure du vagin. Il ne s'écoula d'abord que du sang; mais les jours suivants il sortit du pus sanguinolent, et la malade se trouva soulagée de toutes ses souffrances.

Le 6, la fièvre revint avec du malaise et devint continue, sans frissons.

Le 10, quelques vomissements; ventre sensible; l'écoulement a cessé. La plaie est fermée, et le 11, en touchant, pendant qu'un aide presse sur le bas-ventre, on sent, à gauche de l'ouverture cicatrisée, une tumeur dans laquelle la fluctuation est manifeste. On pratique une nouvelle incision un peu à gauche de la première, et il sort immédiatement une grande quantité de pus sanguinolent d'une odeur fétide, alliacée. (Bains. Injections dans le foyer. Cat.)

Les jours suivants, l'écoulement est de moins en moins abondant, perd son odeur fétide; le volume de la tumeur va en diminuant, et la malade commence à reprendre des forces. On continue les injections et on nourrit peu à peu.

Le 24, l'ouverture est complétement oblitérée et on ne retrouve plus de tumeur. Enfin le 25, la malade sort parfaitement guérie, sans avoir éprouvé aucun accident depuis la dernière opération, si ce n'est une légère bronchite.

— Cette observation présente de l'intérêt sous plusieurs rapports. D'abord, pour la cause, on ne peut raisonnablement la rapporter à une fausse couche qui datait de 18 mois. Comme la maladie a débuté après un retard de règles, il est bien plus rationnel, à mon avis, de l'attribuer à ce trouble de la menstruation.

Ensuite on peut voir, pour le diagnostic, comment le toucher et le palper hypogastriques ont fourni des renseignements assez positifs pour permettre de reconnaître que des deux tumeurs accolées, l'inférieure, profonde et médiane, était située derrière l'utérus; tandis que la supérieure, latérale et plus superficielle, occupait le ligament large au voisinage de l'ovaire.

La première incision, faite sur la tumeur médiane, n'a d'abord donné issue qu'à un peu de sang; c'est plus tard

seulement que du pus s'est écoulé de la plaie. Cette circonstance me fait présumer que, lorsqu'on a pratiqué l'ouverture, la suppuration était encore diffuse. Toutefois, immédiatement après l'opération, la tumeur a cessé; l'émission des urines s'est faite normalement; la constipation seule a persisté, mais on en comprend bien la raison si on songe que la tumeur latérale, intacte, descendant derrière le vagin, comprimait la fin du gros intestin.

Cette collection purulente ne communiquant pas avec la première, on fut obligé de pratiquer sur la paroi postérieure du vagin, et un peu à gauche, une nouvelle ouverture qui donna issue à une grande quantité de pus offrant une odeur alliacée.

Enfin la malade sortit entièrement guérie après un mois et trois jours de séjour à l'hôpital. On peut, je crois, se demander si, en laissant les tumeurs s'ouvrir naturellement, la guérison eût été aussi prompte et aussi parfaite.

OBSERVATION NEUVIÈME.

Abcès du ligament large ouverts artificiellement par le vagin et au travers des parois abdominales. — Guérison.

La nommée Lasaigne, âgée de 20 ans, brossière, entre le 1er février 1840 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Julien, n° 1 (service de M. Récamier). Elle est accouchée heureusement, il y a cinq semaines, de son premier enfant. Depuis ce temps, elle a souffert du ventre et s'est aperçue qu'une tumeur se formait dans le bas-ventre à droite ; il y a eu de la fièvre, avec frissons et quelques vomissements.

A son entrée, elle est pâle; ses yeux sont excavés. Il y a des frissons irréguliers dans le jour, et des sueurs pendant

la nuit. Pouls petit et fréquent ; douleur pendant la défécation et l'émission des urines. On constate, dans le côté droit de l'hypogastre, la présence d'une tumeur dure et résistante, du volume d'une grosse pomme. Par le vagin, on trouve de la fluctuation à droite et en arrière du col de l'utérus. M. Récamier pratique immédiatement une incision antéro-postérieure sur ce point, aucune pulsation n'indiquant la présence d'une artère. Aussitôt un flot abondant de pus de bonne nature inonde les organes génitaux et le lit de la malade. En comprimant le ventre, on facilite l'écoulement du liquide, et on sent la tumeur s'affaisser. (Inject. dans le foyer. Bains. Cat.)

Le lendemain, la malade se trouve très-bien ; elle a dormi assez bien et tous les symptômes sont singulièrement amendés. Depuis lors l'état général s'améliore de jour en jour. Cependant, le pouls reste fréquent, l'émission des urines douloureuse, et une sensibilité vive persiste dans le côté droit de l'hypogastre. La tumeur, du côté du vagin, diminue considérablement, ainsi que la quantité de la suppuration ; mais on sent toujours de la résistance vers la fosse iliaque.

Le 26, une tumeur fait saillie à l'aine, au-dessus du ligament de Fallope, et devient le siége de vives douleurs avec élancements et pulsations. Le moindre mouvement du membre inférieur droit, et surtout son extension, augmente beaucoup les souffrances.

Le 27, on reconnaît de la fluctuation à l'aine. Il y a des sueurs nocturnes abondantes et une fièvre continue. L'ouverture faite par le vagin est cicatrisée.

Le 29, deux morceaux de potasse caustique sont appliqués sur le point le plus saillant et le plus déclive de la

tumeur. Le lendemain on fend l'eschare et on place dans la plaie deux nouveaux fragments de potasse.

Le 2 mars, M. Récamier incise dans le fond de la solution de continuité obtenue par le caustique, et donne issue à une grande quantité de pus séreux et répandant une odeur fétide fortement alliacée.

Immédiatement après cette nouvelle opération, il y eut un soulagement remarquable; les mouvements du membre inférieur cessèrent promptement de déterminer de la douleur. Cependant, quelques jours plus tard, la malade fut prise d'une diarrhée légère, avec météorisme et malaise. Heureusement cette indisposition ne dura que très-peu de temps. Bientôt l'état général s'améliora d'une manière notable; l'appétit revint ainsi que le sommeil; le teint se colora, et la malade reprit des forces. La plaie produite par la chute de l'eschare se cicatrisa peu à peu; la tumeur se réduisit au volume d'une noix et l'écoulement alla en diminuant. Seulement la suppuration ayant pris un peu d'odeur, on fut obligé d'y remédier par des injections.

Enfin le 25 mars, l'ouverture était oblitérée; la malade avait repris de l'embonpoint, et le 29 elle sortit de l'Hôtel-Dieu parfaitement rétablie. Nous avons eu l'occasion de la voir depuis, et nous avons pu nous convaincre que sa santé était florissante.

— La maladie dont je viens de tracer l'histoire abrégée est un exemple bien tranché de ces engorgements phlegmoneux qui se développent si souvent dans les ligaments larges à la suite des couches. En effet, c'est immédiatement après l'accouchement qu'est survenue la douleur accompagnée de réaction fébrile, et quelques jours seulement s'étaient écoulés lorsque la tumeur de l'hypogastre a été re-

marquée par la malade elle-même. Cette tumeur fut ouverte par le vagin dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital. On espérait qu'une incision pratiquée à la partie déclive suffirait pour amener la guérison ; mais une nouvelle fluctuation vint bientôt se prononcer au-dessus du ligament de Fallope, et on fut contraint de pratiquer une ouverture sur ce point.

Malgré la gêne du mouvement observée du côté du membre inférieur, symptôme qui pourrait faire penser au phlegmon iliaque, il est très-probable que la dernière collection purulente n'a pas été formée dans la fosse iliaque, mais a procédé du ligament large ; car le symptôme dont nous venons de parler ne s'est montré qu'au moment où le pus est venu faire saillie à l'aine.

Quoi qu'il en soit, on ne peut douter de l'efficacité du traitement, puisque, malgré la gravité de la maladie et l'affaiblissement du sujet, la guérison fut complète au bout de deux mois.

OBSERVATION DIXIÈME.

Tumeur sanguine très-volumineuse remplissant tout le petit bassin ; ouverture par le vagin. — Guérison.

Une femme de 28 ans fit une fausse couche de trois semaines. Pendant six semaines, du sang s'écoula par le vagin. Le doigt introduit dans ce canal rencontra une tumeur très-volumineuse remplissant exactement le petit bassin, refoulant le rectum en arrière et en avant le col de la matrice, derrière l'arcade du pubis. En plaçant la main sur l'abdomen, on sentit que la tumeur s'élevait au-dessus du bassin, qu'elle était immobile. La fluctuation par le vagin

était évidente. M. Récamier incisa la paroi postérieure du vagin et ouvrit le kyste. Une grande quantité de sang et des caillots furent extraits, et l'on fit plusieurs fois dans la journée des injections d'eau tiède pour débarrasser la partie supérieure de la tumeur. Je tiens de M. Récamier lui-même que la malade se rétablit parfaitement. (*Dict. méd.*, T. V, pag. 68.)

OBSERVATION ONZIÈME.

Abcès siégeant dans la paroi recto-vaginale ; incision pratiquée par le vagin. — Guérison.

Une jeune femme de 23 ans, d'une bonne constitution, s'étant refroidie après un accouchement, fut prise de métro-péritonite. M. le docteur Portalès, mandé, triompha promptement de cette affection grave par un traitement anti-phlogistique énergique. Mais, à peine convalescente, la malade voulut reprendre ses occupations et fit une rechute. Cette fois, M. Portalès trouva dans le petit bassin une tumeur dure, sensible, du volume d'une grosse pomme, placée entre le rectum et le vagin. M. Récamier, appelé en consultation, conseilla de combattre les accidents par les moyens ordinaires, et d'épier le moment où la fluctuation se prononcerait du côté du vagin.

Bientôt les symptômes qui annoncent la suppuration apparurent, et on perçut manifestement la sensation du flot, en touchant par le vagin et par le rectum en même temps. La tumeur faisant une très-forte saillie dans cet intestin, la constipation était opiniâtre, et le peu de matières fécales qu'on parvenait à faire sortir était aplati comme une pièce de 5 francs.

M. Récamier vit alors la malade pour la seconde fois et pratiqua, séance tenante, l'incision de la tumeur au travers de la paroi postérieure du vagin.

Il sortit une grande quantité de pus, et il y eut aussitôt un soulagement considérable. On fit des injections dans la cavité; on prescrivit des bains, et 10 jours après l'opération la malade commença à se lever. Cette fois il n'y eut pas de rechute, et la guérison ne se fit pas attendre. M. Portalès, qui m'a donné lui-même tous ces détails, a eu la bonté de me faire voir la femme, qui se porte aujourd'hui à merveille.

OBSERVATION DOUZIÈME.

Abcès énorme placé entre l'utérus et le rectum, remontant dans l'hypogastre; ouverture pratiquée par le vagin. — Guérison.

A peu près à la même époque où le fait précédent se passait, M. Récamier fut appelé en consultation, rue de Vaugirard, pour une malade qui portait une tumeur très-volumineuse placée entre le rectum et l'utérus, et remontant au-dessus du pubis. L'affection était survenue à la suite d'une chute sur le siége. M. Récamier, trouvant manifestement de la fluctuation dans le vagin, pratiqua l'ouverture de la tumeur par cette cavité. Il sortit un flot très-considérable de matière purulente, et la malade guérit parfaitement.

OBSERVATION TREIZIÈME.

Abcès placé derrière l'utérus; incision par le col de cet organe. — Guérison.

M. Récamier fut consulté, il y a quelques années, pour la femme d'un médecin de province. Cette dame souffrait

du côté du bassin depuis assez long-temps. Après l'avoir examinée et touchée avec beaucoup de soin, M. Récamier découvrit une tumeur sphéroïde, du volume d'un œuf de pigeon, placée entre l'utérus et le rectum. Par cet intestin, on constatait de la fluctuation, et, par le toucher vaginal, on éprouvait la même sensation en introduisant le doigt dans le col utérin suffisamment et naturellement dilaté. Comme la collection de liquide paraissait très-rapprochée de la paroi postérieure de ce conduit, on se décida à lui livrer issue à travers cette paroi.

M. Récamier, portant l'index de la main gauche dans le col de l'utérus, dirigea sur la pulpe de ce doigt tournée en arrière un bistouri convexe qu'il plongea dans la tumeur. Il sortit plusieurs cuillerées de pus. Après cette ponction, et dans l'intention de favoriser son écoulement, M. Récamier agrandit la plaie inférieurement, en incisant complétement la lèvre postérieure du museau de tanche qui faisait une espèce d'éperon. Pendant cette nouvelle manœuvre, l'index de la main gauche, introduit dans le rectum, guidait médiatement l'instrument, afin d'éviter qu'il n'allât trop loin. Il s'écoula encore un peu de pus pendant quelques jours; on fit des injections vaginales fréquentes, et la guérison fut bientôt complète.

OBSERVATION QUATORZIÈME.

Tumeur purulente d'un volume considérable située entre le rectum et la matrice; ponction par le vagin. — Guérison.

En 1837, M. le docteur Camus donna des soins à une dame de 30 ans qui, à la suite de tentatives d'avortement, eut une métrite aiguë et une métrorrhagie qui dura six semaines.

Cette malade étant entrée ensuite à l'hôpital de Loursine, M. Robert reconnut une tumeur volumineuse derrière l'utérus. Deux mois après, M. Camus revoit la malade chez elle, trouve de la fluctuation dans le vagin, et propose d'ouvrir la tumeur par cette voie. MM. Robert et Michon, consultés dans cette circonstance grave, sont du même avis.

En conséquence, le 6 août, M. Robert ponctionna la partie saillante de la paroi postérieure du vagin, avec un trois-quarts courbe. Il s'écoula deux litres de pus homogène, assez consistant et d'une odeur fétide. On fit plusieurs injections dans le kyste, et on y maintint la canule en la bouchant. Le quatorzième jour, celle-ci étant sortie depuis quelque temps, les souffrances d'abord diminuées revinrent, et on fut obligé de placer à demeure dans l'ouverture une sonde fermée qu'on remplaça par une sonde en caoutchouc. Cet instrument sortit bientôt de lui-même, et une matière fétide continua de couler de temps en temps. Enfin, l'écoulement se faisant trop difficilement, il survint des accidents du côté du bassin, et on fut obligé d'agrandir l'ouverture avec le bistouri. On maintint cette fois, avec soin, deux sondes dans la plaie, jusqu'à ce que la tumeur fût réduite à un petit noyau, et que le pus fût remplacé par un liquide visqueux analogue à la synovie. Alors la guérison ne se fit pas attendre, et elle fut durable. (*Revue méd.*, 1838, p. 42.)

M. Robert a pratiqué plusieurs fois cette opération pour des cas analogues à celui-là, et il m'a assuré qu'elle lui avait toujours bien réussi.

OBSERVATION QUINZIÈME.

Abcès du ligament large ouvert artificiellement et avec succès par le vagin.

Une femme de trente ans, mal portante et souffrant souvent du ventre depuis huit ans, c'est-à-dire depuis une couche à la suite de laquelle elle a eu une inflammation du bas-ventre, entra, le 12 juin 1841, à la Maison royale de Santé, dans le service de M. Monod. Depuis dix-huit mois ses règles, habituellement abondantes, diminuent de plus en plus, et chaque fois leur écoulement est accompagné de coliques très-fortes. Il y a un mois, sans cause connue, il survint des douleurs très-vives dans le côté droit du ventre, avec pesanteur sur le siége, constipation, et envies fréquentes d'uriner. Ces symptômes, qui parurent d'abord d'une manière intermittente, étaient devenus continus, lorsque la malade entra à la Maison de Santé. A cette époque, l'état général était des plus mauvais. La malade, pâle, maigre et très-affaiblie, avait perdu le sommeil et l'appétit. Ses règles, qui étaient arrivées pendant tous ces accidents, avaient pris le caractère d'une métrorrhagie et duraient depuis dix-huit jours.

M. Monod, portant son attention du côté du bassin, reconnut dans le côté droit de l'hypogastre une tumeur douloureuse, du volume d'une orange, qui descendait en arrière et sur le côté droit de l'utérus. Dans cette exploration on trouva une correspondance de fluctuation entre le bas-ventre et le vagin, dans lequel la tumeur faisait une saillie très-prononcée.

Le 14 juin, M. Monod pratiqua une ponction sur la paroi

postérieure du vagin, à l'aide d'un bistouri garni convenablement. Il ne s'écoula tout d'abord qu'une petite quantité de pus mélangé de sang; mais ensuite il sortit de la matière purulente pure et en abondance. L'opération produisit un prompt soulagement et une amélioration dans l'état général; mais cinq ou six jours après, l'ouverture s'étant fermée, les souffrances du ventre augmentèrent, et la fluctuation reparaissant, on pratiqua une nouvelle ponction. Plus tard on introduisit, deux jours de suite, une sonde de caoutchouc dans la plaie pour l'empêcher de se fermer.

Le 3 juillet, vingt jours après l'opération, la malade ne souffrait plus, la tumeur avait presque entièrement disparu; il sortait à peine quelques gouttes de pus par le vagin; les forces commençaient à revenir ainsi que le sommeil et l'appétit; tout enfin faisait espérer une prompte guérison.

J'ai appris depuis que l'écoulement purulent continuait encore, et qu'il était survenu du côté du bassin quelques symptômes inflammatoires, pour lesquels on avait été obligé de faire deux applications de sangsues dans les aines.

OBSERVATION SEIZIÈME.

Kyste de l'ovaire renfermant vingt livres environ d'une matière épaisse comme de la bouillie, de plus des tubercules et des masses d'hydatides. Incision de la tumeur par le vagin. — Amélioration momentanée; mort après un mois. — Autopsie.

Au rapport de madame Boivin, une femme malade à la Maison royale de Santé, en 1826, portait une tumeur qui remplissait tout le ventre et qui remontait jusqu'à la face inférieure du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences. Elle soulevait la paroi postérieure du vagin; ce qui

fut constaté par le toucher. M. Paul Dubois en fit l'incision au travers des parois vaginales, et il sortit environ vingt litres d'une matière analogue à de la bouillie pour la consistance. Après la déplétion du kyste, l'utérus, d'élevé qu'il était, redescendit occuper sa place dans le bassin, et l'on sentit qu'il était dans son état naturel. L'amélioration qui suivit cette opération ne fut que de courte durée, car la malade mourut un mois après.

L'autopsie démontra que c'était l'ovaire gauche qui avait acquis ce développement, et, de plus, que des tubercules et des masses d'hydatides entraient aussi dans la composition de la tumeur. (*Revue médic.,* 1838, p. 42, Mémoire de M. Camus.)

OBSERVATION DIX-SEPTIÈME.

Ponction par le vagin d'une tumeur de l'ovaire produisant la dystocie. — Succès de l'opération.

Le docteur Lever fut appelé le 19 janvier 1840 près d'une femme qui était depuis douze heures en travail de son cinquième enfant. Il trouva une tumeur fluctuante très-grosse, qui, placée entre le rectum et le vagin, remplissait l'excavation pelvienne et empêchait la descente du fœtus. Les douleurs étaient fortes et fréquentes. A l'instant ce praticien, avec une lancette ordinaire, ouvrit la tumeur à travers le vagin. Il sortit aussitôt environ une pinte d'un liquide huileux; et, deux heures après, la femme accoucha d'un enfant vivant. Il n'y eut aucun accident; seulement, le vingtième jour après la délivrance, on retrouva la tumeur qui proéminait entre le vagin et le rectum, et qui était excessivement tendue. Le liquide du kyste fut examiné; il conte-

nait une grande proportion de cholestérine. (*Arch. gén. méd.*, troisième série, tom. X, p. 356.)

OBSERVATION DIX-HUITIÈME.

Kyste séreux de l'ovaire causant la dystocie; ponction par le vagin. — Heureux résultat.

Neuman, sur le point de pratiquer un accouchement, fut étonné de la lenteur du travail, et de la difficulté qu'opposait le fœtus à franchir le détroit supérieur; mais une exploration plus minutieuse lui fit découvrir dans le petit bassin une tumeur analogue à celle du cas précédent. Il se conduisit comme Lever, et obtint le même succès. (*Expér.*, 1840, nº 160, p. 57. Tavignot.)

OBSERVATION DIX-NEUVIÈME.

Hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin. — Guérison momentanée; récidive.

Il y a quelques années, M. le docteur Nonat fut consulté pour une jeune femme affectée d'hydropisie enkystée de l'ovaire qui faisait des progrès incessants. La tumeur occupait déjà une grande partie de la cavité de l'abdomen. Le toucher permit de constater qu'elle faisait une saillie notable dans le vagin, et que la fluctuation était manifeste de ce côté. Une ponction y fut pratiquée, et donna issue à tout le liquide. Mais la canule n'ayant pas été maintenue assez longtemps dans la poche, l'ouverture se ferma trop tôt et la maladie récidiva. (Même mémoire, p. 58.)

OBSERVATION VINGTIÈME.

Hydropisie enkystée de l'ovaire droit; ponctions pratiquées par le vagin. Accident; péritonite. Mort. — Autopsie; fausse route dans le péritoine; dégénérescence squirrheuse des parois du kyste.

Une femme de trente-cinq ans, entrée à l'hôpital Cochin dans le mois de septembre 1839, portait une hydropisie enkystée de l'ovaire droit qui remplissait le ventre comme à huit ou neuf mois de grossesse. On trouva une correspondance de fluctuation entre le vagin et la paroi abdominale antérieure. On pratiqua alors, avec un trois-quarts courbe, une ponction à travers le vagin, en arrière et un peu à droite du museau de tanche, et il s'écoula une grande quantité d'un liquide rougeâtre et visqueux. On retira la canule du trois-quarts pour la remplacer par une sonde en gomme élastique; mais ce ne fut pas sans peine, à cause du défaut de parallélisme survenu entre l'ouverture du kyste et la plaie du vagin. Le lendemain la sonde étant obstruée, on voulut en substituer une autre; mais cette fois ce fut impossible. Alors on enfonça de nouveau le trois-quarts dans la plaie du vagin pour ponctionner le kyste; celui-ci, probablement revenu sur lui-même, ne put être atteint, et l'extrémité de la canule resta logée dans la cavité péritonéale. Immédiatement après cet accident, une péritonite sur-aiguë se manifesta et fit périr la malade en six heures. L'autopsie démontra, outre la fausse route qu'avait suivie la canule, une dégénérescence squirrheuse des parois du kyste. (Tavignot, même travail, p. 59.)

OBSERVATION VINGT-ET-UNIÈME.

Hydropisie enkystée de l'ovaire ponctionnée par le vagin et au travers des parois abdominales ; péritonite ; complications graves et nombreuses. Mort. — Autopsie.

Une femme nommée Vincent, âgée de vingt-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 juillet 1838. Elle porte une hydropisie enkystée de l'ovaire qui distend considérablement le ventre. La fluctuation évidente au-dessus des pubis ne peut être reconnue par le vagin ni par le rectum. M. Récamier enfonça un trois-quarts courbe, long de 18 pouces, au travers des parois du ventre, de manière à traverser la partie moyenne de la tumeur, et évacua les quatre cinquièmes du liquide. Ensuite retirant la lame de l'instrument dans la canule, il dirigea l'extrémité de celle-ci dans le cul-de-sac recto-vaginal. Alors reconnaissant qu'il n'y avait pas d'organe interposé entre elle et le doigt placé dans le vagin, il poussa la pointe du trois-quarts et traversa la paroi postérieure de ce conduit. Une seconde canule fut adaptée à la première, de manière à former un quart de cercle ; une sonde en gomme élastique fut bientôt placée à la place de celle-ci par l'orifice vaginal du kyste. On retira neuf litres de sérosité incolore, et on appliqua un bandage de corps ; mais cinq jours après, une péritonite grave se développa. A cet accident se joignirent une hémorrhagie intestinale, une angine pseudo-membraneuse, puis une pneumonie, et la malade succomba le 12 septembre, vingt jours après l'opération.

A l'autopsie on constata que le kyste était adhérent à la vessie et aux différents viscères environnants. Sa cavité était remplie de gaz fétides et d'une assez grande quantité de bouillie purulente. (Même travail.)

On peut rapprocher des observations précédentes les deux faits suivants, consignés dans l'ouvrage de M. Duparcque (tome II, p. 15). Seulement dans ces cas on n'incisa pas le vagin, mais on attaqua, à travers cette cavité, l'utérus lui-même, dans les parois duquel existait un abcès.

OBSERVATION VINGT-DEUXIÈME.

Abcès dans l'épaisseur de la paroi antérieure de la matrice. Ponction à travers la cavité du vagin. — Guérison.

M. Morère a observé un abcès développé dans la paroi antérieure de l'utérus, et occasionné par une chute à plat ventre sur l'angle d'un évier, au sixième mois de la grossesse. Cet abcès ne fut reconnu qu'après la délivrance, par la saillie qu'il faisait à travers l'orifice utérin, pendant le retrait de cet organe. Une ponction faite, à l'aide d'un bistouri droit garni de linge jusqu'à quatre lignes de sa pointe, opéra la guérison.

OBSERVATION VINGT-DEUXIÈME ET DERNIÈRE.

Abcès dans la paroi postérieure de la matrice. Incision du col utérin en arrière. — Guérison.

Chez la femme qui fait le sujet du cas analogue que M. Duparcque a observé, l'abcès s'était développé à la suite d'un accouchement laborieux terminé par le forceps. Quinze jours après la délivrance, la femme se plaignit de douleurs sourdes vers le sacrum et d'un sentiment incommode de pesanteur sur le rectum. M. Duparcque sentit le col utérin déjeté en avant, et sa paroi postérieure saillante et arrondie au fond du vagin et présentant de la fluctuation. Alors il

pratiqua une incision sur ce point, à l'aide d'un bistouri droit. Il s'écoula un verre environ de pus consistant et légèrement rougeâtre. La malade fut promptement rétablie.

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.

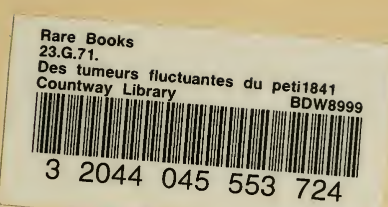
De tous les faits consignés dans ce travail, on peut, je crois, conclure que la ponction ou l'incision vaginale est un bon moyen thérapeutique dans beaucoup de cas de tumeurs fluctuantes du petit bassin.

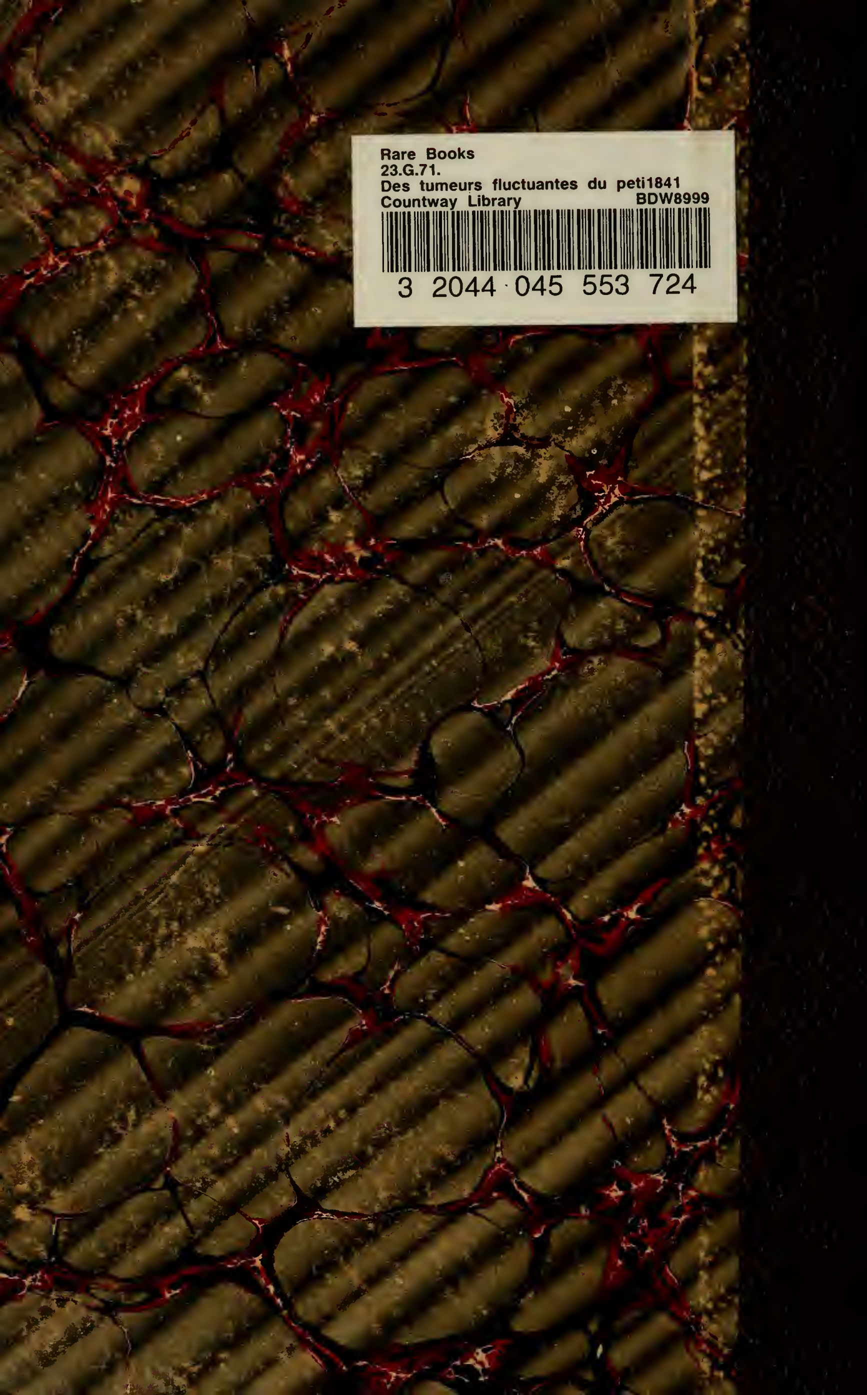
En effet, sur vingt fois qu'on l'a employée, elle a réussi seize fois, et dans des cas très-graves. La maladie, à la vérité, a récidivé deux fois (obs. XVII et XIX); mais, dans ces deux cas, on avait affaire à une hydropisie enkystée des ovaires, de toutes les tumeurs fluctuantes du bassin, la moins susceptible de guérison; et de plus toutes les précautions n'avaient pas été prises pour empêcher l'ouverture du kyste de se fermer avant la disparition de la cavité.

La mort est survenue quatre fois (obs. VI, XVI, XX, XXI); mais elle a été occasionnée dans un cas (obs. XX) par un accident qu'il est possible d'éviter. Du reste, les parois du kyste étaient squirrheuses. Dans un autre cas (obs. XVI), le kyste de l'ovaire, extrêmement volumineux, offrait la dégénérescence tuberculeuse. Dans le troisième (obs. VI), on a attendu, avant de pratiquer l'ouverture, que l'abcès ait acquis un développement considérable et soit sorti du bassin par la vulve; alors la santé de la malade s'était détériorée, et toutes les conditions étaient défavorables à la guérison. Enfin, dans le quatrième (obs. XXI), on n'a pas pratiqué simplement la ponction par le vagin, mais on a ponctionné en même temps à travers les parois abdo-

minales, procédé complexe qui diffère de celui dont nous nous sommes occupé ici.

Ces insuccès dépendent donc plutôt de circonstances étrangères à l'opération que de l'opération elle-même, et ne diminuent en rien la valeur du moyen chirurgical sur lequel j'ai cherché à appeler l'attention des praticiens, persuadé qu'il peut, dans bien des circonstances, rendre de grands services.




Rare Books
23.G.71.
Des tumeurs fluctuantes du peti1841
Countway Library BDW8999
3 2044 045 553 724